Б.Д. Карвасарский

НЕВРОЗЫ

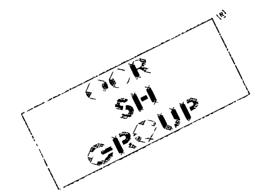
РУКОВОДСТВО ДЛЯ ВРАЧЕЙ

Издание второе,

переработанное и дополненное



Москва „МЕДИЦИНА" 1990



ББК 56.12
К21
УДК 616.85+616.891] (035)

Карвасарский Б. Д.

К21 Неврозы. — 2-е изд., перераб. и доп. — М.: Медицина, 1990. — 576 с., ил. ISBN 5—225—01168—3

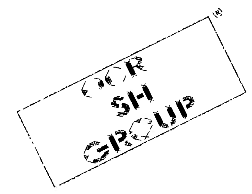
Во втором издании (первое вышло в 1980 г.) более подробно рассмотрены соматические расстройства при неврозах, их динамика, дифференциальная диагностика неврозов с психопатиями, невротическими и неврозоподобными расстройствами, в том числе неврозами и неврозоподобными формами эндогенных психозов. Описаны механизмы действия психотерапии, прежде всего групповой — основного метода лечения неврозов, их вторичная и третичная профилактика.

Для психотерапевтов, психиатров, невропатологов, психологов, социологов.

К $\frac{4108110000-196}{039(01)-90}$ 150—90 **ББК 56.12**

ISBN 5—225—01168—3

ОГЛАВЛЕНИЕ


SH
GROUP

ПРЕДИСЛОВИЕ

Быстрое распространение книги, вышедшей 10 лет назад и явившейся первой в отечественной литературе попыткой систематического изложения всех основных разделов учения о неврозах, положительные отзывы о книге как в нашей стране, так и во многих зарубежных странах побудили нас к ее переизданию.

За годы, прошедшие после первого издания руководства, в номенклатуре врачебных специальностей появилась новая единица — психотерапия, а в номенклатуре врачебных должностей — должность врача-психотерапевта. Основной организационной формой этой специальности стал психотерапевтический кабинет общесоматической поликлиники, а основным контингентом обслуживающего его персонала (врача и психолога) стали больные неврозами — наиболее распространенной формой пограничных нервно-психических расстройств, при которых необходимо решать вопросы не только психотерапии, но и клинико-патогенетической диагностики, дифференциальной диагностики и комплексного лечения.

Второе издание руководства отражает современные тенденции создания интегративных трансмодельных концепций неврозов в понимании их психогенеза и социогенеза, а также методов психотерапии, причем особое внимание уделено общим и специфическим механизмам их лечебного действия.

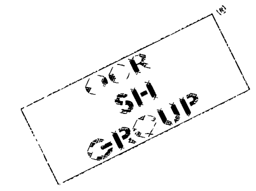
Все возрастающий запрос практической медицины нашел отражение в широких исследованиях проблемы неврозов сотрудниками руководимых нами коллективов — отделения неврозов и психотерапии Института им. В. М. Бехтерева и кафедры психотерапии Ленинградского ГИДУВа, где за прошедшие 10 лет было выполнено более 30 диссертационных работ, касающихся вопросов клиники, патогенеза, терапии и других аспектов учения о неврозах. Эти материалы и явились основой для внесения изменений и дополнений во второе издание

руководства, разумеется, с учетом новейших данных, полученных отечественными и зарубежными исследователями.

Во втором издании руководства сохранены три классические формы неврозов. Вместе с тем в соответствии с тенденцией «превращения» некоторых невротических синдромов в самостоятельные виды невротических расстройств дано подробное описание их семиологии и дифференциальной диагностики с другими нервно-психическими заболеваниями. Значительно переработан и расширен раздел невротических расстройств внутренних органов с учетом значения этой патологии для врачей психотерапевтических кабинетов общесоматических поликлиник, приведены дополнительные сведения о некоторых системных нарушениях при неврозах и принципы их дифференциальной диагностики с соматическими заболеваниями органической природы. Существенно переработаны разделы, непосредственно связанные с потребностями широкой врачебной практики (вопросы лечения неврозов и методы оценки его эффективности, новые организазионные формы оказания помощи больным).

Выражаем сердечную благодарность нашим сотрудникам за предоставленные материалы и помощь в работе над книгой.

Руководство рассчитано на психотерапевтов, психиатров, невропатологов и врачей других специальностей.



ЧАСТЬ I. КЛИНИКА НЕВРОЗОВ

Глава 1. ЭПИДЕМИОЛОГИЯ, ОПРЕДЕЛЕНИЕ, КЛАССИФИКАЦИЯ, КЛИНИЧЕСКИЙ ПАТОМОРФОЗ И ДИАГНОСТИКА НЕВРОЗОВ

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

Для теории и практики медицины в последние десятилетия характерно повышение внимания к изучению нервно-психических заболеваний, методов их лечения и профилактики, что связано с ростом их во всем мире.

В основном это объясняется перенапряжением, обусловленным относительным несоответствием темпов научно-технического прогресса (и связанных с ним изменений во всех областях человеческой деятельности), с одной стороны, и развитием и совершенствованием психофизиологической адаптации — с другой.

В качестве непосредственных причин такого перенапряжения можно назвать необходимость освоения новых способов хранения и переработки информации, овладения новой техникой, что требует больших умственных усилий, уменьшение доли физического труда, конфликты производственного, семейного характера и т. д. Все это ведет к изменению значения психологических факторов в деятельности человека и в известной мере объясняет наблюдаемые сдвиги в структуре заболеваемости населения: при резком снижении инфекционной патологии относительно увеличивается удельный вес болезней, в возникновении и течении которых существенную роль играет фактор нервно-психического перенапряжения. К числу их относятся и неврозы.

Все большее значение в связи с этим в современной медицине (в частности, в психоневрологии) приобретает эпидемиологический метод [Жариков Н. М., 1977]. Использование его позволяет получить сведения о распространенности заболеваний среди населения и, следовательно, углубить представления об их происхождении, клинической динамике, прогнозе. Эпидемиологические данные оказываются также необходимыми при планировании наиболее адекватных форм обслуживания больных.

Однако проведение не только более ценных макро-

эпидемиологических (сплошное изучение больших групп населения, состоящих из многих тысяч людей), но и микроэпидемиологических исследований (в группах от 100 до 1000 человек) сопряжено со значительными трудностями, особенно при изучении неврозов. Даже при проведении исследований в одной нашей стране приходится считаться с различной оценкой неврозов психиатрами, невропатологами, терапевтами, а применительно к разным странам также со спецификой и сложностью проблемы здоровья — болезнь, решаемой различными исследователями в соответствии с их теоретико-методологическими позициями. Если психоаналитик склонен к гипердиагностике неврозов, то, напротив, сторонник жесткого клинико-нозологического направления в психиатрии при эпидемиологических исследованиях скорее обнаружит тенденцию к гиподиагностике неврозов. В известной мере этим объясняются явно завышенные цифры распространенности неврозов, приводимые в странах, в которых широко используется психоанализ.

По данным Б. Д. Петракова и Л. Б. Петраковой (1984), уровни распространения и темпы «накопления» больных неврозами (и другими психогениями) в большинстве стран мира высоки и продолжают расти. За 25 лет (1956—1981) среднеежегодный показатель прироста уровня распространения этой патологии в 63 странах мира составил 10,8 %, в том числе в развивающихся странах — 30,4 %, в капиталистических — 8,4 % и в социалистических (включая СССР) — 5,4 %.

В. Г. Ротштейн и соавт. (1987), ссылаясь на зарубежные источники, приводят следующие данные о распространенности неврозов в ряде западных стран: в ФРГ, Финляндии, Испании — от 100 до 229 на 1000 населения, в США — 76 на 1000 мужского и 169 — на 1000 женского населения.

Эпидемиологические исследования в нашей стране опираются на четко организованную государственную службу здравоохранения. Об уровне заболеваемости неврозами дают представления эпидемиологические исследования, основанные на изучении материалов психоневрологических диспансеров, общесоматических поликлиник и сплошного обследования населения.

Т. И. Савельева (1976) при клинико-эпидемиологическом изучении обращаемости больных неврозами в 7 общесоматических поликлиник одного из районов Ленинграда установила, что обращаемость в поликлиники

по поводу неврозов составляет 10,6 на 1000 населения, а обращаемость в психоневрологический диспансер, обслуживающий этот же район, — 22,1 на 1000 населения.

Близкие цифры приводят О. Р. Читава и соавт. (1987), по данным которых учтенная заболеваемость наврозами составила 21,1—21,8 на 1000 населения.

В г. Ступино при сплошном обследовании населения интенсивные показатели заболеваемости неврозами (по обращаемости) составили 17,2 на 1000 населения [Петраков Б. Д., 1972].

В работе И. А. Попова (1985) приводятся данные о распространенности неврозов среди населения в различных возрастных группах (от 15 до 60 лет и старше). В среднем эта цифра составила 15,8 на 1000 населения, в возрасте же от 30 до 39 лет — 19,5 и от 40 до 49 лет — 29,8 на 1000 населения (последние цифры относятся главным образом к неврастении).

И. А. Винкшна (1972) при обследовании больных, состоящих на учете в Клайпедском городском психоневрологическом диспансере, установил, что больные неврозами представляют собой основную нозологическую группу — 21 % всех больных. Этим данным, полученным И. А. Винкшной под нашим руководством, в целом соответствуют показатели о числе больных с непсихотическими расстройствами в диспансерном контингенте Москвы [Левина Т. М., 1987]. Больные с пограничными нервно-психическими расстройствами составили 28—29 % всех психически больных, причем эти цифры практически не изменились за последние 8 лет.

Исследование, проведенное Л. М. Щегловым (1986) на базе одного из психотерапевтических кабинетов общесоматической поликлиники Ленинграда, показало, что из сплошной выборки больных, нуждающихся в специальном лечении, лица, страдающие неврозами, составили 62,6 %. Б. Д. Петраков и соавт. (1987) отмечают, что в структуре «истинной» заболеваемости пограничными нервно-психическими расстройствами (рабочие и инженерно-технический персонал крупнейшего автопромышленного комплекса) неврозы и невротические реакции составили 37,9 %, из них неврозы — 19,4 %.

При оценке достоверности приведенных показателей, конечно, необходимо иметь в виду возможную гипердиагностику неврозов за счет включения в их число так называемых функциональных расстройств нервной систе-

мы непсихогенной этиологии, отсутствие достаточно четкого разграничения предневротических расстройств, невротических реакций и неврозов, неизбежных неточностей при оценке данных, относящихся к неврозам и другим пограничным состояниям, что является естественным при массовых обследованиях населения.

А. С. Киселев (1986) предполагает, что в нашей стране существует значительный недоучет больных неврозами, обусловленный несовершенством организационных форм учета и обслуживания больных с пограничными нервно-психическими расстройствами. Исходя из того, что в капиталистических странах, где психиатрическую помощь получают 20 % населения, около 10 % страдают неврозами, предполагая, что в нашей стране больных неврозами примерно в 2 раза меньше, он приводит цифру — 5 %.

На возможную зависимость числа учтенных больных неврозами от качества психиатрического и психотерапевтического обслуживания населения, числа соответствующих учреждений указывают и другие исследователи. Большой интерес представляют работы А. И. Потапова и соавт. (1987), Е. Д. Красика и соавт. (1987), которыми прослежена динамика распространенности неврозов (и психопатий) по данным диспансерного учета психиатрических учреждений Сибири и Дальнего Востока за 20 лет. Авторы пришли к выводу, что выявление больных неврозами (и психопатиями) достоверно зависит от уровня обеспеченности врачами-психиатрами в этих регионах; выявлены положительные корреляционные связи интенсивных показателей распространенности неврозов (и психопатий) с числом психиатрических и психоневрологических больниц, диспансерных подразделений и учреждений.

Сомнения в том, что увеличение числа больных неврозами и другими пограничными состояниями определяется одним лишь ростом заболеваемости, высказывают и другие авторы. При этом подчеркивается возможная роль расширения консультативно-психиатрической службы в учреждениях общемедицинского типа, а также тот факт, что в связи с повышением медицинской культуры и изменением толерантности по отношению к психическим нарушениям увеличивается обращаемость к психиатрам, психотерапевтам и другим специалистам пациентов с меньшим уровнем нервно-психических расстройств. Некоторые авторы, в том числе известный психиатр H. Häfner

(1985), полагают, что нынешнее поколение страдает психическими заболеваниями не чаще, чем предыдущее.

Однако при всех трудностях получения эпидемиологических данных, касающихся неврозов, в целом они подтверждают факт большой медицинской, социальной и экономической значимости заболеваемости неврозами.

Важной задачей будущих эпидемиологических исследований является установление показателей распространенности как отдельных форм чистых неврозов, так и сочетаний их с другими заболеваниями, уточнение тех контингентов больных неврозами, которые продолжают находиться вне поля зрения психиатрической службы.

Результаты эпидемиологических исследований, проведенных с целью изучения вопросов клинического патоморфоза неврозов, разработки наиболее адекватных форм обслуживания больных и др., рассматриваются в соответствующих главах руководства.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ

Учение о неврозах исторически характеризуется двумя тенденциями. Одни исследователи исходят из признания того, что существование невротических феноменов полностью детерминировано определенными патологическими механизмами чисто биологической природы, хотя и не отрицают роли психической травмы в качестве пускового механизма и возможного условия возникновения заболевания. Однако психотравма при этом выступает как одна из многих возможных и равноценных экзогений, нарушающих гомеостаз. Такое понимание психогенного характера заболевания даже в случае его признания является весьма ограниченным. Естественно, что сторонники этой точки зрения связывают успехи в области изучения природы неврозов с дальнейшим прогрессом биологических исследований и совершенствованием техники лабораторных исследований. Этими учеными в скрытой, а иногда и в явной форме высказывается мысль, что прогрессивной тенденцией в изучении неврозов является их уничтожение как самостоятельной категории вообще посредством постоянного и все большего сужения их границ.

С указанным направлением в изучении неврозов связан принцип их негативной диагностики, т.е. отнесения к неврозам только тех заболеваний, при которых

отсутствуют органические изменения, обнаруживаемые современными методами исследования.

Верное замечание С. Н. Давиденкова (1963) о принципиальной недостаточности понятия негативной характеристики невроза требует, однако, уточнения. Оно правомерно применительно к диагностике неврозов, осуществляемой на основании одних лишь негативных характеристик. Что же касается самого этого понятия, то ценность его очевидна по крайней мере в двух аспектах: во-первых, в плане нацеленности врача на возможно более полное обследование больных с нарушениями, диагностируемыми как неврозы, ввиду отсутствия в трудных случаях четких границ между неврозами и неврозоподобными расстройствами непсихогенной природы и трудностей такого разграничения по одним лишь симптоматическим проявлениям; во-вторых, с учетом того, что тщательное клинико-лабораторное исследование позволяет установить природу и значение органического компонента при сочетаниях неврозов с другими заболеваниями, а также выявить во многих случаях особенно тяжело протекающих неврозов органическую основу, облегчающую возникновение невротического срыва и участвующую в формировании клинических симптомов невроза.

Применение в необходимых случаях методов прижизненного морфологического исследования (компьютерная томография, контрастная нейрорентгенография и др.) свидетельствует о том, что в современной клинике неврозов негативная их характеристика играет важную роль в клинической дифференциации неврозов, «смешанных» форм и неврозоподобных состояний.

Первой из указанных выше тенденций в изучении природы неврозов противостоит вторая, сторонники которой исходят из предположения о том, что вся клиническая картина неврозов может быть выведена из одних лишь личностных психологических механизмов; что же касается любого соматического исследования, то получаемая с его помощью информация рассматривается в этом случае как принципиально безразличная для понимания клиники, генеза и терапии невротических состояний.

Хорошо известны неадекватные попытки позитивной характеристики неврозов, идущие от фрейдизма. Общее, что их объединяет, — это представление о неврозе и его психогенезе как о материализации вытесненных в бессознательное биологических влечений, прежде всего

сексуальных и агрессивных, при игнорировании реальной ситуации и социально значимых личностных характеристик.

В последние десятилетия некоторые специфические точки зрения на природу неврозов в зарубежной психоневрологии связаны с бихевиоризмом, экзистенциализмом, гуманистической психологией и др. В распространенной в настоящее время во многих западных странах концепции бихевиор-терапии отрицается существование невроза в качестве самостоятельной нозологической единицы. С точки зрения бихевиористов реально существуют лишь отдельные невротические симптомы как результат неправильного процесса научения [Eysenck H. J. 1960; Eysenck H. J., Rachman S., 1965; Wolpe J., 1973, 1980, и др.]. Как отмечает H. J. Eysenck (1959), «нет невроза, скрывающегося за симптомом, это просто сам симптом». При этом игнорируется роль сознательных социальных факторов личностного функционирования.

Еще дальше идут экзистенциалисты, для которых неврозы вообще не являются болезнью, имеющей свои нейрофизиологические механизмы. Подобно другим психическим расстройствам, невроз представляет собой только «особую форму отчужденного существования больного» [May R., 1969, и др.]. Для C. R. Rogers (1951), одного из представителей гуманистической психологии, невроз — следствие неудовлетворения имманентно присущей каждому человеку потребности в самоактуализации.

Наиболее радикальную позицию занимают представители псевдонаучного, одно время весьма модного направления в западной психиатрии, известного под названием «антипсихиатрия», которые полагают, что невроз является не болезнью, а «нормальным поведением в ненормальном обществе» (цит. по H. Strotzka, 1973).

В советской литературе понятие позитивной диагностики, тесно связанной с его патогенетической концеп-В. Н. Мясищева (1960). Сущность позитивной диагностики, тесно связанной с его патогенетической концепцией неврозов, вытекает из признания категории «психогенного», включающей в себя следующие основные положения: 1) психогения связана с личностью больного, с психотравмирующей ситуацией, трудностью этой ситуации, с неспособностью личности в данных конкретных условиях самостоятельно разрешить ее; 2) возникновение и течение невроза более или менее связаны с патогенной

ситуацией и переживаниями личности: наблюдается определенное соответствие между динамикой состояния больного и изменениями психотравмирующей ситуации; 3) клинические проявления невроза по своему содержанию в определенной степени связаны с психотравмирующей ситуацией и переживаниями личности, с основными наиболее сильными и глубокими ее стремлениями, представляя аффективную реакцию, патологическую фиксацию тех или иных ее переживаний; 4) отмечается более высокая эффективность психотерапевтических методов по отношению ко всему заболеванию и отдельным его клиническим проявлениям сравнительно с биологическими воздействиями.

Подчеркнутая выше сложность природы невроза в полной мере раскрывает и трудности его определения.

Невроз — психогенное (как правило, конфликтогенное) нервно-психическое расстройство, которое возникает в результате нарушения особо значимых жизненных отношений человека, проявляется в специфических клинических феноменах при отсутствии психотических явлений.

Невроз характеризуется, во-первых, обратимостью патологических нарушений, независимо от его длительности, что соответствует пониманию невроза И. П. Павловым как срыва высшей нервной деятельности, который может продолжаться дни, недели, месяцы и даже годы; во-вторых, психогенной природой заболевания, которая, согласно В. Н. Мясищеву, определяется существованием связи между клинической картиной невроза, особенностями системы отношений и патогенной конфликтной ситуации больного; в-третьих, специфичностью клинических проявлений, состоящей в доминировании эмоционально-аффективных и соматовегетативных расстройств.

Отсутствием психотических симптомов, как это видно из приведенного определения невроза, последний отличается от психоза, в том числе психогенной природы.

Следует коснуться еще трех понятий: психогений, пограничных состояний и малой психиатрии. Н. И. Фелинская (1976) подразделяет психогении на неврозы, с одной стороны, и реактивные состояния — с другой. Синонимами последних автор считает психогенные и ситуационные реакции. В пограничные состояния включаются [Александровский Ю. А., 1987] донозологические невротические расстройства, клинически оформившиеся невротические реакции и состояния, психопатии, неврозоподоб-

ные и психопатоподобные нарушения при соматических заболеваниях и некоторые другие, протекающие главным образом на «невротическом» уровне. Что касается понятия «малая психиатрия», то, по мнению В. К. Смирнова (1988), рассматривать его как синоним пограничных состояний неверно. Он предлагает относить к малой психиатрии все нозологические формы, которые в период болезни находятся вне психотического состояния (или вне состояний, которые к нему могут быть приравнены), подчеркивая одновременно целесообразность включения в эту группу расстройств не только малой интенсивности, но и малой продолжительности.

Утверждение в советской психиатрии таких клинических категорий, как невротическое развитие, «приобретенная психопатия», «акцентуация характера», осложнило задачу разграничения неврозов и психопатий. Это касается также понятия «невроз характера», «невротический характер». Люди, страдающие «неврозом характера», способны адаптироваться к среде и, что особенно существенно с точки зрения зарубежных авторов, не совершают антисоциальных действий. В связи с тем что последнее обстоятельство не может служить критерием при клинической дифференциации, вряд ли имеет смысл пользоваться этим обозначением, противопоставляя его и психопатиям, и неврозам со всеми вытекающими отсюда трудностями в их дифференциальной диагностике.

В отличие от невроза под психопатиями, как врожденными, так и приобретенными [Ганнушкин П. Б., 1933; Смулевич А. Б., 1983; Личко А. Е. 1985; Попов Ю. В., 1986; Ушаков Г. К., 1987; 1988; Лакосина Н. Д., 1988; Шостакович Б. В., Матвеев В. Ф., 1988, и др.], следует понимать постоянное для личности патохарактерологическое состояние, хотя и имеющее свою динамику.

О. В. Кербиковым (1962) основные критерии психопатий были обозначены как тотальность патологических черт характера, их относительная стабильность и более или менее выраженная социальная дезадаптация.

Акцентуация характера, по мнению А. Е. Личко (1985), — это крайние варианты нормы, при которых отдельные черты характера чрезмерно усилены, вследствие чего обнаруживается избирательная уязвимость в отношении определенного рода психогенных воздействий при хорошей и даже повышенной устойчивости к другим.

Когда же говорят о невротическом развитии, то имеют в виду формирование характерологических изменений

личности в период невроза или после него, которые могут постепенно переходить в ту или иную форму психопатии. В отличие от психопатий при неврозах страдает лишь часть личности (парциальность); сохраняется критическое отношение к болезни, отсутствующее при психопатиях; при неврозах определяющее значение приобретают прижизненные средовые влияния.

Вопросы, касающиеся возможности возникновения неврозов у лиц, страдающих психопатиями, имеющих психопатические особенности личности и акцентуации характера, а также у больных с малопрогредиентным эндогенным процессом и органическими заболеваниями центральной нервной системы, рассматриваются в других разделах руководства.

КЛАССИФИКАЦИЯ

Многообразие классификационных делений неврозов, предлагаемых различными авторами, отражает прежде всего отсутствие единого взгляда на их этиологию и патогенез. В связи с этим до настоящего времени не прекращаются попытки систематизации неврозов с использованием различных критериев.

Наиболее распространенной в отечественной литературе является группировка неврозов преимущественно по клиническим проявлениям: неврастения, истерия (истерический невроз), невроз навязчивых состояний и др. (табл. 1). По этому принципу построена и международная классификация неврозов [см. Международную статистическую классификацию болезней, травм и причин смерти 9-го пересмотра (1977) (МКБ-9)]. Неврозы делятся на общие и системные в зависимости от характера клинического их течения — на невротические реакции, невротические состояния (неврозы) и невротические развития.

Пытались группировать неврозы и по этиологическим признакам: неврозы вины, фрустрации, агрессии и др.; информационные неврозы (от недостатка информации и от избытка ее); неврозы ситуационные и реактивные; с учетом генетического критерия — конституциональные и реактивные (приобретенные); по принципу убывания роли фактора среды и возрастания роли особенностей личности.

Преимущественно с учетом патогенетического фактора предлагается выделение неврозов в виде невроти-

Таблица 1. Классификация неврозов в работах отечественных авторов и в Международной статистической классификации болезней, травм и причин смерти 9-го пересмотра (1977)

Авторы, год издания	Истерический невроз	Неврастения	Невроз навязчивых состояний	Психастения	Фобический невроз	Невроз тревоги (страха)	Депрессивный невроз	Ипохондрический невроз	Синдром деперсонализации невротической	Системные неврозы	Невроз ожидания	Структурные неврозы
А. А. Портнов, Д. Д. Федотов, 1957	+	+	+									
Л. Б. Гаккель, 1960	+	+		+								
С. Н. Давиденков, 1963	+	+		+								
С. Н. Доценко, Б. Я. Первомайский, 1964	+	+		+								
Б. Я. Первомайский, 1974	+	+		+						+		+
Б. Д. Карвасарский, Ю. Я. Тупицын, 1974	+	+	+									
Н. К. Липгарт, 1974	+	+	+									
В. Ф. Матвеев, 1975	+	+	+									
В. К. Мягер, 1976	+	+	+	+								
Международная статистическая классификация, 1977	+	+	+	+	+	+	+	+	+			
М. В. Коркина и др., 1980	+	+	+									
М. Г. Айрапетянц, А. М. Вейн, 1982	+	+	+									
А. М. Свядощ, 1982	+	+	+			+	+	+			+	
А. Б. Смулевич, 1983	+	+	+									
Ф. И. Случевский и др., 1985	+	+	+									

Продолжение

Авторы, год издания	Истерический невроз	Неврастения	Невроз навязчивых состояний	Психастения	Фобический невроз	Невроз тревоги (страха)	Депрессивный невроз	Ипохондрический невроз	Синдром деперсонализации невротической	Системные неврозы	Невроз ожидания	Структурные неврозы
Ю. А. Александровский и др., 1986	+	+	+	+	+	+	+	+	+			
Л. С. Михелане, 1987	+	+	+				+	+				
Г. К. Ушаков, 1987	+	+	+									
В. Я. Семке, 1987	+	+	+				+	+				
Н. Д. Лакосина, 1988	+	+	+				+					

Примечание. Крестик означает форму неврозов, которые указаны авторами в их классификациях неврозов

ских реакций — вегетативно-аффективных и условно-рефлекторных нарушений, с одной стороны, а при решающем значении особенностей развития личности — первичного и вторичного невротического развития — с другой [Höck K., König W., 1979]. Неврозы выделяли по признаку профессии — неврозы руководящих кадров, неврозы актеров и др.; по конституции — атлетические неврозы и даже по определенным событиям в жизни общества и месту возникновения неврозов — военные, окопные неврозы и т. д.

Такое многообразие классификаций становится понятным, если учесть, во-первых, наличие широкого спектра переходных и смешанных картин (что как раз и типично для современной клиники неврозов) с неизбежной кодировкой их по преобладающим клиническим проявлениям и, во-вторых, то, что неврозы представляют собой заболевания, в механизмах развития которых теснейшим образом переплетаются биологические, психологические и социальные факторы, само разделение которых на этиологические и патогенетические в обычном их понимании при неврозах особенно затруднительно.

Ближе всего к клинико-патогенетической классификации находится группировка неврозов на основе учения И. П. Павлова, поскольку она больше других учитывает ряд критериев клинического, этиологического и патогенетического плана. Ее главным недостатком является весьма ограниченный учет в происхождении неврозов роли психологических и социальных механизмов. Именно поэтому столь важное значение в развитии указанной классификации приобрели работы В. Н. Мясищева (1960), согласно которым основные формы неврозов (неврастения, истерия и невроз навязчивых состояний) могут быть поняты так же, как зафиксированные особенности отдельных механизмов болезненного восприятия и переработки жизненных трудностей, переживаемых человеком. В. Н. Мясищев пытается соотнести основные формы неврозов с типами психологических конфликтов (см. главу 6), приводящих к срыву высшей нервной деятельности, клинически представляющему собой различные формы невротических состояний.

Интересной попыткой дальнейшего учета психологических механизмов неврозов при их группировке является работа С. В. Цуладзе (1976), который, опираясь на психологию отношений, разработанную В. Н. Мясищевым, высказывает предположение, что дезорганизация лично-

сти в формах, в которых она проявляется в психопатологической картине невротического состояния, должна иметь определенную связь с типом нарушенных отношений. Выделяя три уровня личностной организации, автор предлагает следующую группировку невротических форм в соответствии с этими уровнями. Ступени отношения «Я» к собственному телу соответствуют истерический, ипохондрический и системный неврозы; ступени отношения «Я» к предметам и лицам соответствуют фобический, навязчивый и неврастенический неврозы и, наконец, ступени обобщенного отношения «Я» к действительности соответствуют невроз страха, синдром невротической деперсонализации и дереализации и депрессивный невроз, где на высших уровнях интеграции личности страдает либо чувство безопасности, либо чувство реальности, либо доверие к будущему. Автор подчеркивает, что такой путь представляет собой также возможное направление разработки систематики неврозов, специально учитывающей уровень интегрированных отношений личности.

Возвращаясь к табл. 1, мы видим, что большинство отечественных авторов выделяют три классические формы неврозов: неврастению, истерию и невроз навязчивых состояний. Некоторые авторы [Гаккель Л. Б., 1960; Давиденков С. Н., 1963; Доценко С. Н., Первомайский Б. Я., 1964], ссылаясь на учение И. П. Павлова, в качестве третьей основной формы используют не невроз навязчивых состояний, а психастению. Большинство же других авторов относят последнюю к психопатиям и считают более обоснованным выделение невроза навязчивых состояний в качестве самостоятельной формы. Вместе с тем в МКБ-9 в ряду других невротических расстройств (300.82) выделяется «психастения невротическая». О возможности формирования психастении под влиянием прижизненных факторов свидетельствуют исследования Е. К. Яковлевой, выполненные в нашей клинике. Не получило поддержки предложение о выделении в качестве самостоятельной формы невроза ожидания. Выделение специального невроза ожидания едва ли целесообразно, так как в виде синдрома тревожного ожидания он обязательно входит в структуру большинства клинических картин неврозов с механизмами дезавтоматизации нейровегетативных и нейросоматических функций (идет ли речь об эрейтофобии, кардиофобии, профессиональных дискинезиях — писчем спазме, спаз-

мах у музыкантов и др.). Что же касается структурных неврозов, о которых говорит Б. Я. Первомайский (1974), то правильнее рассматривать их в рамках ситуационных реакций.

Более сложным представляется вопрос о так называемых системных неврозах, иными словами — первичных психогенных нарушениях высшей нервной деятельности локального характера, определенной структуры корково-подкорковой системы головного мозга, обусловливающих избирательное расстройство функциональной деятельности отдельных анатомо-физиологических систем — сердечно-сосудистой, пищеварительной, дыхательной и др. Необходимость выделения системных неврозов обосновывают в своих работах В. Н. Мясищев (1959), И. М. Аптер (1964) и др. Вместе с тем системные неврозы в качестве отдельной формы указаны лишь в классификации Б. Я. Первомайского (см. табл. 1). Системный невроз, как отмечает И. М. Аптер (1966), — понятие динамическое. На практике чаще всего психогенное расстройство, возникнув первоначально как системное, перерастает в общий невроз, и, напротив, в клинической картине общего невроза со временем определяющее значение может приобретать расстройство преимущественно какой-либо одной системы. С учетом этого на данном этапе клинико-патогенетического изучения проблемы системные нарушения, по-видимому, целесообразнее рассматривать в качестве синдромов общего невроза.

Трудности отграничения отдельных форм неврозов (даже в рамках трех классических их форм) значительно возросли в последние десятилетия в связи с патоморфозом неврозов и сближением их клинических картин. Естественной поэтому кажется тенденция к увеличению числа неврозов путем превращения в самостоятельные формы ведущих невротических, преимущественно психопатологических, синдромов — ипохондрического, депрессивного и др.

Эта тенденция находит отражение и в МКБ-9, в которой для неврозов отведен раздел 300, содержащий следующие шифры: 300.0 — невроз тревоги (страха); 300.1 — истероневротические расстройства и синдром Ганзера (300.11 — истерический невроз и 300.12 — синдром Ганзера истерический); 300.2 — фобии невротические; 300.3 — невроз навязчивости; 300.4 — депрессивный невроз; 300.5 — неврастения; 300.6 — синдром де-

персонализации невротический; 300.7 — ипохондрический невроз; 300.8 — другие невротические расстройства (300.81 — невропатия, как правило, у детей раннего возраста, до 3 лет включительно, и 300.82 — психастения невротическая).

Ранее нами уже высказывались [Карвасарский Б. Д., Тупицын Ю. Я., 1974] замечания относительно МКБ-8, сохраняющие свое значение и по отношению к МКБ-9; ей присущи определенные недостатки: смешение в ней форм и синдромов неврозов, а также выделение без достаточно убедительных теоретических и клинико-практических обоснований в качестве отдельных форм некоторых невротических синдромов.

Если в интересах сближения позиций отечественных и зарубежных авторов (например, в целях осуществления широких и сопоставимых эпидемиологических исследований) и представляется целесообразным применение в нашей стране МКБ-9, то необходимо также обратить внимание на некоторые недостаточно полно сформулированные в этой классификации положения. Они могут стать причиной диагностических ошибок, тем более что помощь больным неврозами часто оказывают не только психиатры, но и терапевты, невропатологи и другие специалисты.

Как показывает наш опыт, значительные трудности возникают при диагностике невроза страха. Несомненна гипердиагностика этой формы, так как не всегда обращают внимание на то, что к неврозу страха как самостоятельной форме следует относить лишь те редко встречающиеся картины, которые в основном исчерпываются тревогой и страхом, без достаточно четкой фабулы. Тревога обычно диффузна и может нарастать до состояния паники. В то же время на основании клинического опыта видно, что у больных неврозами подобные состояния наблюдаются относительно редко, чаще всего как весьма кратковременный эпизод в инициальной стадии невроза. Недоучет этого обстоятельства приводит к неоправданно широкому использованию шифра 300.0 и к неизбежным диагностическим ошибкам. Нередко к неврозу страха неправильно относят дебюты эндогенных психозов, органических заболеваний нервной системы с преимущественно диэнцефальной локализацией и некоторые сосудистые заболевания головного мозга.

Клинически мало оправдано отнесение фобий невротических (шифр 300.2) и невроза навязчивости (обсес-

сивно-компульсивного невроза) (шифр 300.3) к отдельным формам неврозов. По существу в клинике они выступают как синдромы невроза навязчивых состояний. Фобический синдром встречается значительно чаще, чем обсессивно-компульсивный. Как правило, обсессивно-компульсивный синдром сопровождается фобическими образованиями, выраженными в большей или меньшей степени. Изолированные формы обсессивно-компульсивного синдрома являются обычно выражением психопатий психастенического круга, некоторых эндогенных психозов и органических заболеваний головного мозга.

Не оправдано выделение деперсонализационного синдрома в ряду других форм неврозов. За исключением отдельных крайне редких случаев деперсонализаций чисто невротической природы, этот синдром выступает как проявление соматопсихической деперсонализации при органических поражениях центральной нервной системы, маниакально-депрессивном психозе и шизофрении. Здесь следует упомянуть работу Н. Д. Лакосиной и соавт. (1986), в которой показано преобладание деперсонализационных расстройств в структуре эндогенных фобий с соматовегетативными расстройствами при малопрогредиентной шизофрении; лишь у нескольких больных с невротическими фобиями в рамках истерического невроза наблюдались отдельные элементы расстройств, сравнимых с деперсонализационными (нечеткое восприятие предметов, ощущение их отдаленности).

Трудно согласиться и с выделением ипохондрического невроза (шифр 300.7). Правильнее говорить об ипохондрическом синдроме, который встречается при всех основных формах неврозов. В тех случаях, когда ипохондрия составляет основную клиническую картину и отличается терапевтической резистентностью, обычно при тщательном психопатологическом анализе устанавливают сенесто-ипохондрический синдром или ипохондрическое развитие в рамках психопатии, патологических развитий личности и органических заболеваний головного мозга.

В ряде работ при обсуждении классификации неврозов подчеркивается необходимость дополнения статического принципа классификации характеристикой динамики течения, что особенно существенно при всех формах пограничных состояний. В качестве попытки представления динамического аспекта неврозов следует рассматривать три этапа динамики затяжных форм неврозов, описываемых В. В. Ковалевым (1976). Первый этап

автор назвал этапом невротической реакции. Клиническая картина здесь почти полностью исчерпывается реактивно-невротическими симптомами, отвечающими в той или иной степени известным критериям K. Jaspers (1948). На втором этапе зависимость клинических проявлений невроза от ситуации убывает, а на первый план начинают выступать заостренные особенности личности, т. е. преморбид, конституция, реактивность, резидуальная органическая церебральная недостаточность и др. Этот этап автор называет этапом невротического состояния. И, наконец, на третьем этапе (невротического развития) возникают спонтанные изменения настроения, фиксируется невротический тип реагирования, происходит саморазвитие невротических и патохарактерологических проявлений, которые в известной степени «отрываются» от неблагоприятных ситуационных воздействий.

Этапы динамики затяжных форм психогенных заболеваний, разработанные В. В. Ковалевым главным образом на материалах клиники неврозов в детском возрасте, несомненно, отражают ряд закономерностей динамики неврозов и у взрослых, описанных в разных планах и другими авторами: В. Н. Мясищевым (1960), Н. Д. Лакосиной (1970), Н. К. Липгарт (1974), Г. К. Ушаковым (1978), В. Я. Семке (1987) и др. В частности, В. Н. Мясищевым предлагалось выделять две формы неврозов — реактивную и невроз развития. При первой доминирует тяжесть психотравмирующих обстоятельств (ситуации), при второй основная роль принадлежит особенностям личности, которые способствуют созданию патогенной обстановки и обуславливают чрезмерную ее выраженность и длительность.

Наиболее частыми и хорошо изученными клиническими вариантами невротических развитий являются астенический, истерический, обсессивный и эксплозивный.

В последнее десятилетие изучению клинической динамики неврозов, основных их стадий, выделению отдельной стадии «затяжного невроза», клиническим и психологическим критериям отграничения отдельных стадий был посвящен ряд специальных исследований [Трегубов Л. З., 1980; Жуков В. Ф., 1981; Подкорытов В. С., 1981; Ульянова Л. А., 1981; Радченко В. П., 1983; Опилат Н. В., 1985; Ташлыков В. А., 1986; Мехилане Л. С., 1987]. Результаты их представлены в главе 4.

Проблема «почвы» при неврозах — это также проблема неврологической рубрификации неврозов, так как

сочетания невротического и церебрального органического расстройства нередки в современной клинике неврозов, в особенности при затяжных тяжелых их формах. Исследования С. Н. Давиденкова (1963), Б. Д. Карвасарского (1969), В. К. Мягер (1976), А. М. Вейна (1982) дают определенные основания для неврологической рубрификации неврозов, которая может быть представлена в виде так называемых чистых неврозов, неврозов на фоне остаточных явлений ранее перенесенных органических заболеваний головного мозга и неврозов, сочетающихся с текущим церебральным процессом.

Разумеется, такая рубрификация должна учитывать необходимость четкого разграничения нервно-психических расстройств невротической, т. е. психогенной, природы и сходных с ними неврозоподобных расстройств, являющихся следствием соматической и нервно-органической патологии, имеющей инфекционную, интоксикационную, травматическую и иную этиологию.

Таким образом, современная классификация неврозов в большей мере учитывает, помимо клинических форм неврозов, также динамику их течения и в целом ту почву, на которой возник невроз, что в будущем должно найти специальное отражение в классификации неврозов с использованием дополнительных кодировочных знаков.

Любые шаги в направлении усовершенствования существующих группировок вне соответствия с достигнутым уровнем наших знаний о природе неврозов опережающего характера оказываются недостаточно эффективными в практике здравоохранения. Как показал в своем исследовании R. E. Kendell (1973), большинство английских психиатров, например, не обратили ни малейшего внимания на МКБ-8 и на глоссарий к ней, предпочитая пользоваться небольшим набором простых диагностических обозначений, что, по мнению автора, отражает недоверие практических врачей к диагностическим разграничениям, этиологическим предположениям и отсутствие интереса к формальным номенклатурам.

Для широкого круга врачей в конечном счете наиболее адекватными являются классификации, в которых группировка патологических расстройств производится в целях повышения степени дифференциации лечебных воздействий «с точностью до терапии», что применительно к неврозам требует максимального учета не только особенностей их клинических проявлений, но и механизмов их развития в биологических, психологических и

социальных аспектах. Разработка подобной классификации представляет собой задачу будущего.

КЛИНИЧЕСКИЙ ПАТОМОРФОЗ

В последние десятилетия в значительной мере благодаря очевидным видоизменениям клинических проявлений психических заболеваний проблема патоморфоза привлекает к себе все большее внимание, и ей посвящается обширная литература. Большинство исследователей понимают под патоморфозом стойкое и существенное изменение патологии под влиянием различных воздействий по сравнению с ее классическими проявлениями [Хохлов Л. К., 1986].

В связи с возрастающим признанием роли в этиопатогенезе неврозов социальных и психологических аспектов естественным представляется интерес исследователей к патоморфозу невротических расстройств, хотя в этой сложной проблеме до сих пор больше клинических впечатлений, чем имеющих строгие доказательства фактов.

При наличии данных, действительно свидетельствующих о патоморфозе неврозов, касающихся, в частности, изменения клинической картины истерии, другие материалы кажутся менее убедительными, так как отражают не столько патоморфоз неврозов, сколько возросший уровень клинической диагностики и дифференциальной диагностики их с другими пограничными нервно-психическими и соматическими расстройствами (так называемый ложный патоморфоз). Невроз страха в литературе прошлых десятилетий [Jones E., 1924, и др.] нередко характеризуется симптоматикой вегетативно-диэнцефальных кризов. Последние особенно типичны для современных неврозов в условиях их патоморфоза. Но это можно принять лишь с учетом многочисленных исследований, в которых убедительно показано, что наряду с психогенным происхождением вегетативно-диэнцефальные кризы еще чаще являются следствием инфекционных, интоксикационных, травматических и иных воздействий.

В литературе [Хохлов Л. К., 1977, 1986] существует несколько терминов, относящихся к более общему понятию патоморфоза, в частности интернозоморфоз (изменение соотношения между различными нозологическими единицами), интранозоморфоз (изменение клиники определенной болезни в пределах свойственных ей синдромов,

последовательности развития синдромов и др.), интрасиндромальный патоморфоз (перемены в содержании симптоматики и выраженности ее в рамках конкретного синдрома) и др.

В плане интернозоморфоза применительно к клинике неврозов представляет интерес ряд моментов. Наблюдается перераспределение психических заболеваний с нарастанием удельного веса неврозов, расстройств личности и других пограничных состояний. Если, по данным Г. К. Ушакова (1978), в 15 высокоразвитых капиталистических странах выявляемость и регистрация психозов (наиболее очевидных форм психических заболеваний) увеличились в 1,6 раза (с 11,5 до 18,8 на 1000 населения), то выявляемость и регистрация неврозов — в 24 раза (с 3,7 до 88,5 на 1000 населения). Хотя нельзя исключить влияние на динамику этих показателей лучшей выявляемости и регистрации неврозов и других пограничных состояний в настоящее время, отмеченная тенденция представляется в целом достаточно убедительной.

Дальнейший патоморфоз в большой психиатрии, проявляющийся, в частности, в «смягчении» шизофрении, по мнению многих авторов, приведет к тому, что различия в клинической картине между шизофренией, с одной стороны, и неврозами и психопатиями — с другой, будут становиться все менее ясными. Аналогичная тенденция видна в невропатологии, где возрастает число «стертых» амбулаторных форм энцефалитов, арахноидитов, диэнцефалитов, клинические проявления которых весьма напоминают невротические синдромы. Что же касается интернозоморфоза в отношении собственно невротических форм, то имеющиеся здесь данные весьма противоречивы.

Некоторые авторы указывают на относительное уменьшение доли истерического невроза среди других форм [Гайсина М. Н. и др., 1974, и др.]. K. Leonhard (1971) констатировал увеличение (за 10 лет) почти вдвое частоты неврастении. Отмечается и учащение обсессивных неврозов [Coufal J., Topiář A., 1975].

В ряде других исследований не подтверждается факт увеличения частоты неврастении; встречаются и прямо противоположные утверждения о возрастании частоты истерического невроза [Coufal J., Topiář A., 1975].

В табл. 2 приведена частота основных форм неврозов у больных, прошедших стационарное лечение в на-

Таблица 2. **Частота основных форм неврозов**

Число больных	Годы		
	1960—1965	1966—1970	1971—1976
Больные, прошедшие через отделение	1745	1501	1483
Из них больные неврозами:	1076 (62 %)	981 (65 %)	844 (57 %)
неврастенией	731 (68 %)	627 (64 %)	501 (59 %)
истерией	234 (22 %)	311 (33 %)	272 (32 %)
в том числе с классическими истерическими симптомами	34 (14,5 %)	30 (10 %)	14 (5 %)
неврозом навязчивых состояний	111 (10 %)	43 (4 %)	71 (8 %)

Примечание. В скобках указан процент больных

шем отделении в течение трех периодов: 1960—1965; 1966—1970; 1971—1976 гг. Как видно из таблицы, по крайней мере в отношении более тяжелых, стационарных неврозов не подтверждаются данные об увеличении частоты неврастении, выявляется статистически достоверная тенденция к росту (а не уменьшению) частоты истерической формы невроза; существенно не изменились показатели, относящиеся к неврозу навязчивых состояний.

В соответствии с данными, характеризующими интранозоморфоз при неврозах, приводимые в табл. 2 цифры подтверждают факт значительного уменьшения частоты при истерии так называемых классических ее проявлений [Костюнина З. Г., 1987; Лакосина Н. Д. и др., 1987, и др.]. В отделении, куда поступают больные с наиболее тяжелыми формами неврозов из различных областей страны, начиная с 1967 г. не было пациентов с истерическими припадками, с 1968 г. — с амаврозом, с 1973 г. — с параплегиями. Почти все больные с классическими истерическими симптомами являлись жителями не Ленинграда, а отдаленных районов страны.

Наш материал не подтверждает данные о том, что истерией — этим типично женским заболеванием — чаще чем прежде, болеют мужчины. Соотношение женщин и мужчин в периоды, приведенные в табл. 2, составило 8:1, 8:1, 9:1.

Об изменениях в клинической картине истерического

невроза косвенно могут свидетельствовать редкие случаи своеобразной разновидности кликушества, описываемые у жителей северных областей нашей страны М. Д. Урюпиной (1974) и другими авторами под названием «икота» или «икотка». К числу факторов, способствующих клиническому оформлению заболевания, относятся недостаточный уровень образования, общей и медицинской культуры, суеверие и контакты с подобными больными.

Отмечая изменение клинической картины истерии (уменьшение числа больных с припадками, психическими симптомами конверсии), авторы единодушны в том, что в настоящее время стали редкостью пациенты с наивными, выразительно-демонстративными, драматическими картинами истерии. Они уступают место вегетативно-висцеральным расстройствам, которые, сочетаясь со склонностью больных к задержке внешних выражений эмоциональных реакций, проявляются нередко в виде интимного страдания.

Вместе с тем следует подчеркнуть, что в последние годы в нашей клинике вновь наблюдались больные с некогда типичными проявлениями истерии — малыми истерическими припадками, гиперкинезами, геми- и монопарезами, афонией. Хотя число их невелико, здесь можно говорить о явлении реверсии болезни — возврата в известной степени к ее классическим формам. Совпадение этих явлений с новой волной интереса к знахарству в конце 70-х — первой половине 80-х годов, публикации в прессе о телепатии и телекинезе, об экстрасенсах и биополях, филиппинских хилерах и индийских йогах и пр., способствовавшие усилению «магического» настроя у части населения, позволяют предполагать влияние социально-психологических факторов («социального патоморфоза») на возврат ряда классических проявлений истерии. Как представляющий большой теоретический и практический интерес в проблеме происхождения неврозов данный вопрос, конечно, нуждается в специальном исследовании.

Относительно некоторых других невротических синдромов получены следующие данные. Указывается на статистически достоверное возрастание обсессивной симптоматики. С этим можно согласиться, если речь идет о фобических расстройствах. Что же касается собственно обсессивно-компульсивных нарушений (в виде навязчивых мыслей, счета, воспоминаний, движений), то они сейчас описываются при неврозах довольно редко. Частично

это может объясняться тем, что психастения, для которой изолированные обсессии более характерны, подавляющим большинством авторов исключена из группы неврозов, а также улучшением дифференциальной диагностики между неврозами и неврозоподобными вариантами шизофрении и органических заболеваний головного мозга с нередко встречающимися в их картине обсессивно-компульсивными проявлениями.

Структура невроза навязчивых состояний в последние годы все больше изменяется в сторону усиления его полиморфизма, происходит сближение этой формы с другими невротическими расстройствами [Асатиани Н. М., Матвеева Е. С., 1987]. Среди фобий особенно часто встречается танатофобия, главным образом кардиофобия.

Данный факт в значительной степени отражает общую структуру заболеваемости в популяции и привлечение внимания к проблеме сердечно-сосудистой патологии вообще и к «факторам риска», приводящим к развитию острого инфаркта миокарда, инсульта и др., в частности.

Относительно кардиофобии это положение находит подтверждение в результатах исследования нашего сотрудника В. А. Абабкова (1988), который сопоставил особенности невротических сердечно-сосудистых расстройств у больных, находившихся на лечении в клинике неврозов Института им. В. М. Бехтерева в 1948—1949 и 1986—1987 гг. Им, в частности, установлено, что в последние годы выраженные кардиофобии часто предшествуют формированию собственно нейрокардиальных нарушений, в то время как для больных первого периода были более характерны сочетания кардиофобических переживаний с выраженными кардиалгиями и тахикардиями с самого начала заболевания.

Вопреки ожиданиям и некоторым утверждениям в литературе относительно реже кардиофобии встречается канцерофобия. Если исходить из признания адаптивного характера невротических симптомов (прежде всего фобических расстройств), содержательный, психогенный характер которых не оспаривается, то очевидно, что в силу прогредиентности злокачественных новообразований такой симптом, как канцерофобия, не является «оптимальным» для пациента, поскольку может выполнять свою адаптивную функцию лишь непродолжительное время.

Это подтверждают и данные клиники: канцерофобии обычно встречаются при невротических реакциях и острых неврозах, регрессируя после инструментальных диагностических исследований и замещаясь в случае хронизации невроза иной симптоматикой.

Имеются указания на учащение депрессивных проявлений при неврозах. Возможно, это связано с усилением внимания к таким пациентам ввиду расширения психиатрического обслуживания, а также более частым помещением их в стационар из-за их потенциальной суицидальной опасности.

В связи с тем что на тенденцию учащения депрессивных переживаний в современной клинике неврозов обращают внимание и другие авторы [Лакосина Н. Д., 1970; Крыжановский А. В., 1974; Телешевская М. Э., 1974, и др.], хотелось бы подчеркнуть, что каждый подобный случай требует убедительной дифференциальной диагностики с ларвированными, соматизированными формами эндогенной депрессии, причем эти формы действительно диагностируются намного чаще, чем в прошлые десятилетия, вероятно, в значительной степени благодаря более тщательному их изучению.

Заметно учащаются случаи нервной анорексии [Коркина М. В. и др., 1986, и др.]. Однако необходима осторожность при отнесении ее к неврозам, так как относительно редко этот своеобразный синдром имеет невротическую природу.

Для всех форм неврозов характерна соматизация их классических картин. Увеличивается число больных со сложными психогенными вегативно-висцеральными нарушениями.

При обследовании 2000 больных отделения неврозов и психотерапии Института им. В. М. Бехтерева преимущественно психогенные соматические расстройства отмечались у 39,5 % больных, в том числе сердечно-сосудистые нарушения — у 16,7 %, желудочно-кишечные — у 8,3 %, сексуальные — у 6,2 %, дыхательные — у 3 % и прочие — у 5,3 % больных. В качестве основных форм психопатологической переработки соматических расстройств при неврозах выступают астенический, ипохондрический и фобический синдромы, чаще в виде различных их сочетаний.

Отдельные невротические формы теряют четкие очертания. Наряду с истероневрастенией прошлого нередки и другие смешанне формы: истерия с фобиями, невроз

навязчивых состояний с истерическими включениями [Тупицын Ю. Я., 1973; Карандашева Э. А., 1976; Малкова Л. Д., 1977, и др.].

Как на характерную для современных неврозов тенденцию к затяжному хроническому течению с исходом в различные варианты невротических развитий указывают Н. Д. Лакосина (1970), Н. К. Липгарт и соавт. (1982), В. Я. Семке (1987) и др. Можно полагать, что если на патоморфоз неврозов, касающийся их клинической симптоматики, оказывают влияние в большей мере социально-психологические факторы (разумеется, наряду с биологическими, в частности изменением реактивности организма, являющимися одним из следствий научно-технической революции), то в качестве причин затяжного течения неврозов в большей мере могут выступать особенности «почвы» (органическая церебральная недостаточность различного генеза, сопутствующие соматические заболевания и др.). В этом плане представляет интерес уменьшение числа чистых неврозов, составивших в нашей клинике в 1960—1965 гг. 62 %, в 1966—1970 гг. — 65 %, в 1971—1976 гг. — 57 %, в 1977—1981 гг. — 51 %.

Конечно, этим не отрицается важнейшая роль социально-психологических факторов в патогенезе затяжных форм неврозов, о чем, в частности, говорят наши данные [Карвасарский Б. Д. и др., 1984]. Причиной длительного течения неврозов могут являться объективно и субъективно трудноразрешимые конфликтные патогенные ситуации, специфические невротические особенности личности, отношения, установки и т. д. В ряде случаев затяжному течению невроза способствует все еще, к сожалению, отмечающееся преобладание симптоматических методов психотерапии над патогенетически обоснованным лечением, что не позволяет достичь достаточно высокой степени реконструкции нарушенных отношений личности, послуживших причиной невроза.

В связи с тенденцией к хроническому затяжному течению неврозов в литературе все чаще поднимается вопрос о так называемых остаточных или резидуальных состояниях в клинике неврозов [Асатиани Н. М., 1984; и др.]. Они могут выступать либо в виде отдельных изолированных симптомов, либо в виде сочетания стертых, маловыраженных общеневротических расстройств. Устранение их часто требует длительной психотерапевтической работы.

Значение клинического метода в диагностике неврозов. Подобно тому, как изучение природы неврозов в историческом аспекте проходило стадии негативной и позитивной их характеристики, а дальнейшее развитие учения о природе неврозов не может не основываться на синтезе данных об их биологических, психологических и социальных механизмах, клиническая диагностика неврозов и сегодня настоятельно требует учета критериев как негативной, так и позитивной диагностики в их взаимосвязи.

Очевидно, что формулируемая таким образом задача диагностики неврозов может быть успешно решена при использовании собственно клинического метода и данных дополнительных исследований, среди которых наряду с лабораторными методами существенная роль принадлежит психологическому методу. Подчеркивая трудности дифференциации пограничных состояний, Н. И. Фелинская (1976) отмечает, что в этом случае речь идет о той группе заболеваний, для которых в полной мере адекватен, с одной стороны, психопатологический анализ, а с другой — психологический подход.

Многофакторное и в то же время целостное понимание патогенеза неврозов в значительной степени определяет специфику клинического метода. В пограничной психиатрии клинический метод в большей мере, чем при других заболеваниях, органически включает в себя клинико-психопатологический, клинико-психологический и клинико-социальный подходы. Убедительная диагностика неврозов, отграничение их от сходной патологии, изучение динамики болезни должны всегда предусматривать три основных критерия: выраженность и своеобразие клинических проявлений, структуру и особенности личности больного и тип патогенной конфликтной ситуации. При подобном подходе клинические проявления невроза изучаются конкретно у определенной личности, а патогенная конфликтная ситуация рассматривается как непосредственная причина невроза, обусловливающая определенную клиническую картину (с учетом биологического фона, условий, в которых действует причинный фактор, и других патопластических моментов).

Важнейшее значение в патогенетической и дифференциальной диагностике неврозов принадлежит клинико-психопатологическому методу. Это необходимо особенно подчеркнуть, так как диагностическая и лечебная помощь

больным неврозами часто оказывается не только психиатрами, но и врачами других специальностей, не имеющими достаточной подготовки по психопатологии и нередко демонстрирующими пренебрежительное отношение к психопатологическому исследованию.

В разделе «Психиатрический диагноз» «Справочника по психиатрии» (1985) А. В. Снежневский пишет: «Прогресс биологических исследований субстрата психических болезней с целью раскрытия их этиологии и патогенеза зависит от дальнейшего развития клинического метода».

В специальной работе, посвященной клиническому методу, Г. К. Ушаков (1975) подчеркивает, что современный клинико-психопатологический метод не ограничивается описанием симптомов и синдромов, а включает в себя сравнение, сопоставление, установление отличий, идентификации, выяснение закономерностей последовательности формирования и смены симптомов, синдромов, этапов, клинических вариантов болезни и особенностей течения ее у разных лиц и на различных этапах болезни у одного и того же больного.

Такое понимание клинико-психопатологического метода особенно характерно для пограничной психиатрии и входящей в нее области неврозов ввиду сложности клинических проявлений последних и трудностей дифференциации от других форм.

Наряду с клинико-психопатологическим обследованием больных столь же существенное значение при неврозах приобретает метод клинико-патогенетического анализа, разработанный В. Н. Мясищевым и его сотрудниками, основанный на тщательном анамнестическом изучении истории развития болезни в соотношении с историей развития личности больного, прежде всего с особенностями его эмоционального реагирования, спецификой формирования, структурой и функционированием его системы отношений. Материалом для патогенетического анализа являются сведения, полученные из анамнеза, а также в процессе психотерапии (метод изучения в процессе лечения).

При обследовании больного неврозом должно быть обращено внимание на наследственную отягощенность нервно-психическими и соматическими заболеваниями, особенности раннего детского развития, воспитание, психические травмы детского возраста, первые социальные контакты и характер их, особенности сексуального развития и степень нарушения сексуальных отношений,

семью больного, микросоциальные контакты и степень их нарушения, образование и удовлетворенность им, трудовую деятельность до и после начала болезни, преморбидные черты характера и темперамента, перенесенные заболевания в различные возрастные периоды, характер патогенной ситуации, особенности течения невроза и др.

Необходимо подчеркнуть, что при изучении анамнеза больных неврозами важна не сама по себе констатация характера их основных жизненных ситуаций (семейной, бытовой, производственной, социальной), а степень удовлетворенности ими больного. Так, например, объективно вполне удовлетворительные жилищно-бытовые условия, материальная обеспеченность, социально-трудовое положение и др. в субъективном плане могут являться источником постоянной фрустрации для больного. Этим, разумеется, не преуменьшается реальная ценность и необходимость в каждом случае заболевания неврозом дополнения так называемого субъективного анамнеза объективными сведениями о больном от родственников и знакомых, характеристиками с места работы, данными социального обследования, проводимого медицинскими работниками. Последние оказываются необходимыми для объективной характеристики системы личностных отношений больного и оценки степени нарушения наиболее значимых из них.

Существует еще один аспект проблемы объективного и субъективного в клинике неврозов, в частности в диагностической практике. Он связан с акцентированием внимания в психотерапевтической литературе последнего периода на роли анализа и контроля врачом своего отношения к пациенту в процессе лечения. Психоаналитиками эта проблема представлена в понятии «контрперенесения» с подчеркиванием в качестве ведущего момента в содержании эмоциональных реакций врача «активации чувств его раннего детского опыта».

Вопрос об эмоциональном отношении врача к больному, возможном влиянии собственных фрустраций врача, конфликтов или неразрешенных проблем на его диагностическое мышление в области неврозов также рассматривается в литературе. Не отрицая существования объективных факторов, позволяющих проводить в клинике пограничных состояний дифференциальную диагностику, Z. Sokolik, J. Malewski (1965) указывают на некоторые субъективные моменты, находящиеся в сфере взаимодействия врача с больным, по преимуществу неосознаваемо-

го характера, роль которых, однако, может быть существенной в ряде случаев. В качестве примера проводится тенденция к диагностике психопатии, а не невроза при отрицательном отношении врача к больному (спонтанному или под влиянием родственников, знакомых и сослуживцев). Можно было бы добавить, что подобным же образом иногда может диагностироваться истерия вместо, скажем, неврастении или другой формы невроза. Не преувеличивая значения указанных субъективных факторов, связанных с деятельностью врача, вместе с тем необходимо иметь их в виду, особенно в широкой диагностической врачебной практике.

Клинико-патогенетический анализ при неврозах выступает в качестве основы для проведения позитивной диагностики невроза, выяснения этиологии и патогенеза заболевания в целом и ведущих его проявлений.

При наличии доминирующих в клинической картине синдромов существенное значение при патогенетическом анализе приобретает выяснение специфических особенностей механизмов системных соматических нарушений, расстройств сна, головной боли, профессиональных дискинезий и др., для чего врач, конечно, должен хорошо знать роль наиболее часто встречающихся этиологических и патогенетических факторов и условий развития отдельных синдромов.

Помимо беседы, при проведении клинико-патогенетического анализа полезными оказываются материалы автобиографий, которые больные пишут по просьбе врача и в которых они излагают особенности своего физического и психического развития, понимание истории своей жизни и происхождения заболевания. С этой же целью рекомендуется использовать в диагностической и психотерапевтической практике изучение дневников, ведущихся больными по рекомендации врача.

В связи с представлениями о первичных (способствующих возникновению) и вторичных (способствующих сохранению) механизмах развития неврозов [Карвасарский Б. Д., 1975] следует подчеркнуть важность психосоциального аспекта позитивной диагностики, отражающего настоящую жизненную ситуацию больного, взаимоотношения его с окружающими, их требования по отношению к больному, способы разрешения больным патогенной ситуации, характер используемых защитных психологических механизмов и др.

Исключительное значение при пограничных состоя-

ниях, в том числе при неврозах, приобретает клинико-катамнестическое исследование, позволяющее осуществлять динамическое изучение неврозов и других пограничных расстройств. Катамнестические сведения обычно получают при повторных поступлениях больных в тот же стационар, на основании сведений из других стационаров, куда госпитализировались пациенты, при периодических амбулаторных консультациях больных, в том числе ранее обследовавшихся в клиниках; условно сюда же можно отнести данные, получаемые из писем больных и их родственников.

Опыт диагностической работы в области неврозов показывает, что в некоторых случаях убедительная диагностика и дифференциальная диагностика неврозов могут быть проведены лишь с учетом данных катамнестического наблюдения за больным.

Очевидно, с целью последовательной негативной диагностики с помощью клинических и лабораторных исследований должны быть исключены заболевания внутренних органов и нервной системы органической природы либо при наличи психогении должна быть уточнена их роль в общей структуре заболевания. Поэтому большое значение в клинике неврозов имеют тщательное общесоматическое и неврологическое обследование с проведением в необходимых случаях исследования глазного дна и полей зрения, ЭЭГ, обзорной рентгенографии черепа, исследование спинномозговой жидкости, проведение диэнцефальных проб и др. Если в клинической картине невроза ведущими являются системные соматические нарушения, обязательны консультация терапевта и проведение всех необходимых лабораторных анализов. В ряде случаев может возникнуть потребность в осуществлении специальных лабораторных исследований (например, электрокардиографии), определении показателей гемодинамики, фазового анализа и др. при сердечно-сосудистых заболеваниях, проведении методов интрагастрального определения основных функций желудка и других отделов пищеварительной системы при желудочно-кишечных расстройствах, пневмотахиметрии и спирографии у больных с дыхательными нарушениями, электромиографии при нервно-мышечных расстройствах (параличи, парезы, профессиональные дискинезии), компьютерной томографии при подозрении на органическое поражение нервной системы и т. д.

Диагностическая ценность указанных физиологичес-

ких исследований значительно повышается, если, помимо общепринятой методики их осуществления и анализа получаемых данных, они проводятся в психофизиологическом варианте, содержание которого описано ниже.

При осуществлении задач негативной диагностики с привлечением других специалистов врач должен предотвратить возникновение ситуации «медицинского лабиринта», когда больного психоневролог направляет на консультацию к терапевту, терапевт в свою очередь в клиническую лабораторию, рентгеновский кабинет, затем к эндокринологу, последний вновь возвращает больного к терапевту и т. д. Помимо ятрогенного воздействия подобной ситуации, она удлиняет диагностический период и задерживает проведение лечебных мероприятий.

В заключение необходимо вновь подчеркнуть, что диагностический процесс при неврозах приобретает характер подлинно патогенетической диагностики лишь в том случае, если он учитывает не только внешние клинические проявления, но и внутренние закономерности их возникновения и развития, предоставляя возможно более полные данные о биогенетическом, психогенетическом и социогенетическом аспектах болезни. Только такая диагностика может обеспечить достаточно индивидуализированное использование адекватных указанным аспектам лечебных воздействий — биологической, психологической и социальной природы. Существенную помощь в ее проведении (в дополнение к клиническому методу) могут оказать психологические исследования.

Значение психологических методов в диагностике неврозов. В последние десятилетия по мере все большего осознания значения психологии для медицины резко возросло число психологических исследований в ряде теоретически и практически значимых областей современной медицины — в клинике нервно-психических, особенно психогенных, заболеваний, при изучении психосоматических расстройств, в реабилитационной и психотерапевтической практике и др.

Основные требования были предъявлены к психологическому обследованию личности больных — наиболее сложному разделу медицинской психологии, разработка которого осуществлялась у нас длительное время главным образом на общенаучном, философско-методологическом уровне. Что же касается конкретной научной методологии, представляющей систему исследовательских

принципов и методов, относящихся непосредственно к учению о личности и ее значении для медицины, то этот уровень разрабатывался явно недостаточно. Неизбежным результатом этого явилось увеличение числа разноплановых эмпирических материалов, получаемых в клинике с помощью различных психологических методик, число которых постоянно возрастает. Зачастую при проведении психологических исследований игнорируется важнейший принцип: метод должен быть подчинен решаемой задаче и теории, с позиции которой она решается [Платонов К. К., 1977].

С учетом этого принципа мы в течение более 20 последних лет осуществляли психологические исследования, направленные на разработку экспериментально-психологических методов, отбор и адаптацию зарубежных тестовых методов с созданием приемлемых вариантов, изучение возможностей их применения для патогенетической и дифференциальной диагностики неврозов. Экспериментально-психологические данные сопоставляли с результатами тщательного клинико-психологического обследования тех же больных. Результаты исследований вошли в монографии, сборники, материалы симпозиумов [Мясищев В. Н. и др., 1971; Карвасарский Б. Д., 1982, 1985, 1988, и др.].

В самом начале нашей работы мы столкнулись с точкой зрения, согласно которой применение экспериментально-психологических методов изучения личности для диагностики и дифференциальной диагностики неврозов (а именно этот аспект психологических исследований наиболее существен для клиники неврозов) не является обязательным, а ценность результатов исследований нередко попросту оспаривалась. При этом ссылаются обычно на то, что все основные результаты в области изучения психологии больных неврозами и их психотерапии были получены с помощью одних лишь клинических методов — беседы и наблюдения. Эта точка зрения основана на том, что те проявления личности, представления о которых могут быть получены экспериментальными методами, доступны и для метода клинического. Клинический метод принципиально включает в себя то, что в своем развитии находит более полное выражение в основных существующих в настоящее время методических подходах к экспериментальному изучению личности: в личностных опросниках, проективных приемах и даже в психофизиологических экспериментах, аналогом которых

в клиническом методе является наблюдение за экспрессией человека.

Хотя из сказанного становится понятной неизбежная ограниченность каждого из экспериментальных подходов исследования личности в отдельности, выступающих для врача лишь в качестве важного дополнения к основному клиническому методу, интегрирующему в динамической взаимосвязи всю информацию о личности больного, в то же время нельзя не указать и на ряд их достоинств [Карвасарский Б. Д., Иовлев Б. В., 1971]. Наиболее существенные из них следующие: 1) изучение реакции личности проводится в контролируемых каждым экспериментатором условиях, что и является существенной характеристикой эксперимента, позволяющей при формальной классификации реакций обоснованно выделять воспроизводимые факты и сопоставлять данные, полученные в разных условиях и на разных обследуемых (вводя, в частности, принцип измерения); 2) заключение о личности, основывающееся на результатах, получаемых в эксперименте, может приобрести более объективный характер, так как переход от получаемых данных к заключению более строго контролируется со стороны других исследователей. Каждая достаточно разработанная методика включает в себя не только правила получения данных о личности, но и правила их интерпретации, обеспечивающие надежную их воспроизводимость; 3) результаты изучения личности при учете первого и второго положений могут стать менее зависимыми от экспериментатора и не только от его опыта и квалификации, но и от весьма специфичной для этой области научных исследований зависимости интерпретации полученных данных от особенностей личности самого экспериментатора; 4) личность как наиболее сложное психическое образование характеризуется многочисленными признаками, научный анализ взаимосвязи которых в отличие от интуитивного может быть обеспечен лишь при использовании постоянно развивающейся техники ЭВМ. Именно эксперимент наилучшим образом удовлетворяет указанным тенденциям в изучении личности.

Необходимо также отметить, что экспериментальные методы исследования более приемлемы для передачи квалифицированного опыта одним специалистом другому. И, наконец, клиницист с их помощью может быстрее получить некоторые ориентировочные данные о личности.

Подчеркивая некоторые достоинства экспериментадь-

ных методов обследования личности (опросники MMPI, Кеттела, Айзенка, проективные методики незаконченных предложений, фрустрационный тест Розенцвейга, тематический апперцептивный тест — ТАТ, метод Роршаха и др.), следует указать и на их недостатки, которые являются поводом для справедливой критики.

При критике основных экспериментальных приемов исследования личности типа проективных и непроективных методов прежде всего обращают внимание на следующее: 1) теоретические позиции, послужившие основанием для разработки того или иного метода; 2) возможность с помощью этих приемов устанавливать окончательный клинический диагноз; 3) оценку достоверности данных, получаемых этими методами. В связи с истолкованием ответов возникают обычно такие вопросы: указывают ли ответы обследуемого на то, что он фактически делал, или на то, как он считает, как он должен был бы поступить, или, наконец, на то, как, по его мнению, он хотел бы поступить, но чего на самом деле не сделал; 4) недостаток использования стандартизованных данных при оценке и обработке материалов исследования столь сложной психологической категории, как личность, психическая индивидуальность.

Внимательное изучение отечественной и зарубежной литературы по психологии [Кабанов М. М. и др., 1983; Freeman F. S., 1959; Anastasi A., 1982, и др.], а также обобщение нашего практического опыта использования экспериментально-психологических методов в клинике неврозов позволяют сделать следующие замечания, касающиеся каждого из отмеченных пунктов.

1. Действительно, с любым из методов, заимствованных из зарубежной психологии личности, связана определенная система интерпретации данных, зависящая от теории личности, которой придерживается автор. Поэтому при использовании любых экспериментальных данных, получаемых о личности больного неврозом, необходимо руководствоваться марксистской методологией, требующей, в частности, исследовать конкретного человека, живущего в определенных общественно-исторических условиях, состоящего в определенных общественных отношениях с другими людьми.

Необходимо, однако, подчеркнуть, что психолог может выбрать соответствующий его теоретическим представлениям план анализа и интерпретации данных, полученных, например, с помощью проективных методов,

даже в том случае, если авторы руководствовались при их создании психоаналитическими принципами, так как сами по себе эти методы позволяют получить сведения от обследуемого и отметить его реакции, связанные с действием объективных раздражителей.

2. Применение этих методов вовсе не преследует цели заменить врача и методы клинической диагностики. Если эти методы одновременно с другими, направленными на изучение личности, умело используют специалисты, имеющие клинический опыт, они могут получить ценные ориентировочные сведения. Все ответы должны анализироваться с учетом индивидуального опыта человека, зависящего от пола, возраста, уровня интеллекта, с учетом общественно-политических условий страны, в которой живет испытуемый.

3. Эти методы являются преимущественно эвристическими. Они позволяют представить, как обследуемый, вероятно, действовал бы при подобных обстоятельствах, или то, чего от него можно было бы ожидать (это он знает или так думает) в таких ситуациях. Используя такую гипотезу, психолог может проверить ее другими методами клинического и экспериментально-психологического исследования.

Существенным недостатком проективных методик, таких, например, как ТАТ, является то, что существующий уровень техники интерпретации еще не обеспечивает достаточной надежности заключения и его полной независимости от экспериментатора. Это, безусловно, не исключает того, что данные, сообщаемые опытным психологом и нередко аргументированные интуитивным опытом, могут быть чрезвычайно полезными клиницисту в его работе с больным. Однако ценность таких заключений резко падает при попытке использования их в научных целях.

4. Порядок проведения эксперимента с помощью методов типа опросников совершенно не зависит на каждом своем этапе от предшествующих реакций личности. В личностных опросниках каждый последующий вопрос жестко фиксирован и не связан с ответами обследуемого на предшествующие вопросы. Это приводит к недостаточной целенаправленности опроса и тем самым к потере информации о личности обследуемых больных. Подобный характер всех известных нам стандартизованных методов экспериментального исследования личности (поскольку в них отсутствует управление экспериментом в

зависимости от поведения обследуемого, т. е. обратная связь в системе экспериментатор—обследуемый) является вынужденным. В противном случае из-за чрезвычайной сложности описания правил проведения такого эксперимента реализация его стала бы практически невозможной.

Перспективы преодоления этих трудностей связаны с переходом к новой исследовательской схеме (включающей в себя ЭВМ), программирующей эксперимент в зависимости от поведения больного.

По сравнению с другими областями медицинской практики в области неврозов и иных пограничных состояний применение методов психологического исследования наиболее актуально, а сотрудничество врача и психолога может быть особенно плодотворным. Психологическое обследование в этих случаях затрагивает все основные элементы заболевания, так как оно включает в себя описание той или иной дисфункции и интерпретацию ее психологических механизмов на основе анализа личности и выделения таких ее особенностей, как неадекватные социальные установки в связи с нарушениями системы жизненных отношений больного, повышенный уровень притязаний или наличие противоположно направленных стремлений, которые в определенном соотношении с ситуационными факторами приобретают патогенетическое значение. Подобного рода анализ помогает не только уточнению клинической диагностики внутри группы неврозов, их дифференциальной диагностике, но и способствует более глубокому раскрытию сущности болезненного состояния и его патогенеза, содействуя рациональному выбору психотерапевтических и психокорригирующих воздействий.

Если общей целью использования психологических методов в клинике неврозов является содействие позитивной диагностике невроза, заключающейся в установлении этиологической и патогенетической связи между клинической картиной болезни, ситуацией и личностью, то более схематично задачи психологического исследования могут быть представлены следующим образом: 1) изучение особенностей личности больного и прежде всего системы его жизненных отношений; 2) выявление зоны психотравмирующих переживаний и сущности невротического психологического конфликта; 3) характеристика основных психических процессов (мышления, памяти и др.) и состояний (тревоги, депрессии и др.);

4) оценка динамики невротических расстройств и учет эффективности лечения; 5) прогнозирование эффективности психотерапии и в целом лечения.

Указанное разделение задач, конечно, является условным, что становится особенно очевидным при постановке вопросов дифференциальной диагностики неврозов с другими нервно-психическими заболеваниями.

В отечественных и зарубежных руководствах по психологическим методам приводятся десятки различных стандартизованных и нестандартизованных психологических приемов, которые могут быть использованы при решении указанных выше задач [Рубинштейн С. Я., 1980; Карвасарский Б. Д., 1982; Кабанов М. М. и др., 1983; Блейхер В. М., Крук И. В., 1986; Зейгарник Б. В., 1986; Бурлачук Л. Ф., 1988, и др.].

В данном разделе рассматриваются главным образом те методы, ценность которых при исследовании неврозов была подтверждена подытоженным контрольным опытом наших сотрудников и психологов, работавших в клинике. К числу этих методов относятся прежде всего проективные методы: незаконченных предложений, фрустрационный тест Розенцвейга, ТАТ и др.

Как было показано в работах наших сотрудников [Винкшна И. А., 1974, и др.], с помощью метода незаконченных предложений в относительно короткие сроки могут быть получены достаточно убедительные представления о системе отношений личности. Качественный анализ проективного материала представляет интерес для врача в его повседневной психотерапевтической (в особенности амбулаторной) практике, позволяя осветить значительно ярче и полнее общую картину нарушения отношений личности, жизненных установок, тенденций больных неврозами.

Метод для исследования фрустрации, или «метод рисуночной ассоциации» Розенцвейга, был адаптирован и модифицирован нашей сотрудницей Н. В. Тарабриной (1973).

Профиль фрустрационных реакций больных неврозами по большинству показателей достоверно отличается от группы здоровых людей. Это касается прежде всего показателя экстрапунитивности, который значительно выше у больных неврозами, что может свидетельствовать о высокой требовательности к своему социальному окружению, склонности воспринимать трудности не в качестве задачи, требующей разрешения, а как угрозу для своей

личности. Показатель степени социальной адаптации (GCR) достоверно ниже у больных неврозами.

Характерен профиль фрустрационных реакций у больных истерией. В показателях фрустрации обращают на себя внимание особенно высокие значения экстрапунитивного направления реакций и типа реакций с «фиксацией на препятствии», что отличает их не только от здоровых людей, но и от больных с другими формами неврозов. Тенденция давать с повышенной частотой экстрапунитивные реакции во фрустрационных ситуациях вполне согласуется с типичным для больных истерией превышением требовательности к окружающим над требовательностью к себе. Это же отражается и в присущем истерии типе реагирования (высокий показатель реакции с «фиксацией на препятствии»), т. е. всякий фрустратор приковывает внимание больного, становясь источником переживаний.

Реакции на фрустратор чаще всего выражаются в форме подчеркивания степени фрустрации.

Профиль фрустрационных реакций больных неврозом навязчивых состояний [Винкшна И. А., 1974] по некоторым показателям достоверно отличается от профиля больных истерией и неврастенией. У больных неврозом навязчивых состояний достоверно ниже показатель экстрапунитивного и достоверно выше показатель интропунитивного направления реакций, во фрустрирующей ситуации порицание, осуждение направлено против себя самого, доминирует чувство собственной неполноценности, больной ищет в самом себе источник фрустрации.

Профиль фрустрационных реакций больных неврастенией занимает промежуточное положение между истерией и неврозом навязчивых состояний.

К группе проективных методов относится также ТАТ, который содержит 29 картин, представляемых в эксперименте последовательно по 10 в каждом из двух сеансов обследования. Обследуемому предлагают составить рассказ по каждой картине. Сюжет картин эмоционально насыщен, вместе с тем содержание их неопределенно, а некоторых — противоречиво, что дает большую свободу воображению и интерпретации.

Как указывают Б. В. Зейгарник и соавт. (1972), ТАТ может применяться для выяснения тех особенностей личности, которые проявляются в социальной среде и социальных отношениях. Тест может также решать и такие задачи, как выяснение различных сфер или уровней

сознания: осознанное — неосознанное, открытое — скрытое, вытесняемое — замещаемое и т. д.

На протяжении ряда лет в нашей клинике И. Н. Гильяшевой (1974) изучались возможности применения ТАТ с диагностической целью. Сопоставление результатов эксперимента с анализом жизни больного показывает, что больной, создавая рассказ по картине, стараясь осмыслить и интерпретировать ее содержание, невольно обращается к своему прошлому опыту, раскрывает свои переживания, взаимоотношения с людьми; при этом он часто отождествляет одного из персонажей картины с собой, приписывает ему свои собственные нужды, проблемы и способы реакций, а ситуацию, изображенную на картине, отождествляет с собственной ситуацией. Эта субъективность восприятия наблюдается в особенно яркой степени у больных неврозами и может способствовать выявлению психогенетических моментов, важных для понимания возникновения и структуры невроза. Частота возвращения к одним и тем же темам, значение их в сюжете, характер самого изложения помогают определить степень значимости отдельных факторов в свете личностных отношений больного.

В работе И. Н. Гильяшевой, Л. Ф. Бурлачука (1974), Е. Т. Соколовой (1980) развивается понятие проекции как субъективного момента психической деятельности, как проявление в перцептивном действии личностного отношения человека, «всей многообразной жизни личности» [Рубинштейн С. Л., 1946]. Как отмечает Е. Т. Соколова, неопределенность предъявляемых в ТАТ изображений, создавая возможность их неоднозначной интерпретации, отражает динамику «смысла» и «значения», причем при неврозах на первый план может выступать «смысловая смещенность» как отражение измененных жизненных отношений больного. Вместе с тем справедливо замечание В. Э. Реньге (1976), что одна лишь констатация факта личностной обусловленности восприятия не раскрывает возможности его использования в исследованиях личности. Было бы неправильным всю сложность процесса, в котором открывается возможность получения данных о личности с помощью проективных методов, сводить к частному явлению проекции. Автор предостерегает от подмены анализа всей деятельности субъекта анализом одного лишь процесса восприятия.

Известно, что дифференциация неврозов и инициальных форм вялотекущей шизофрении особенно трудна,

так как при последних личность длительное время может оставаться относительно сохранной. И. Н. Гильяшевой (1974, 1976) показано, что для больных неврозами характерно переживание ими особой интимности обследования по ТАТ, обычно связанное с непроизвольной идентификацией с героями составленных больными рассказов, которые отражают конфликты и значимые для них ситуации и отношения. Этого переживания интимности нет у больных шизофренией с изменениями эмоциональности и личностного отношения. Если у больных неврозами иногда отмечается сопротивление обследованию методикой ТАТ, связанное с указанным переживанием интимности, то у больных шизофренией обнаруживаемый в ряде случаев негативизм носит иной характер.

Другими существенными признаками, по которым различаются больные, являются степень и особенности идентификации. При высокой идентификации характеристики героев разных историй, даваемые больными неврозами, носят единые, общие черты, отражающие особенности личности самого обследуемого. Различия поведения героев в разных ситуациях характеризуют при этом различия в системах отношений обследуемого, не нарушая целостного представления о его личности. В историях больных шизофренией степень идентификации, как правило, значительно меньше, характеры героев беднее, они менее выразительны и по ним труднее определить специфические личностные черты.

Глубина и степень идентификации и проекции определяют еще одно существенное различие. Если у больного неврозом особенности его отношений, мотиваций, конфликтов, значимых проблем являются той силой, которая определяет сюжет историй как бы изнутри, идет от личности больного и его психогенеза, то у больного шизофренией формальность подхода может выражаться в том, что сюжеты рассказов в большей мере определяются внешними стимулами — деталями самой картины.

Выводы, вытекающие из исследований, проведенных И. Н. Гильяшевой, подтверждаются и другими авторами. Так, Т. Н. Бояршинова (1975) указывает на следующие особенности выполнения методики ТАТ больными вялотекущей шизофренией: 1) описание судьбы героев осуществляется в масштабе общенародных, общегосударственных событий и явлений; больные оперируют в основном готовыми и крайне широкими категориями; 2) использование в сюжете подробностей, не несущих ника-

кой смысловой нагрузки; 3) построение рассказа на одной-двух картинах без учета всего остального. Представляют интерес некоторые отмеченные автором частные особенности, выявляющиеся при описании картин. Значительно большее место занимает разработка прошлого, реже — настоящего при почти полном отсутствии разработки будущего. Характерны нечувствительность к противоречиям в сюжете, включение большого числа речевых штампов (газетного, литературного) и др.

В заключение следует подчеркнуть, что материалы, полученные с помощью метода ТАТ, во всех случаях нуждаются в проверке путем сопоставления с имеющимися сведениями о больном, анамнезом его жизни и болезни, результатами других методов и заключительной беседы с больным, позволяющей синтезировать всю совокупность клинических и экспериментальных данных о больном.

Одним из наиболее известных проективных методов является метод Роршаха. Он был предложен в 1921 г. швейцарским психиатром H. Rorschach и состоит из стандартного набора «чернильных» симметричных пятен. Тест используется для диагностики психических свойств и качеств личности. В работах самого H. Rorschach (1983), а также E. Bohm (1967, 1985) и других авторов делались попытки использовать метод для диагностики неврозов и их отдельных форм. Назвать их достаточно удачными трудно, что может быть объяснено различными причинами. С одной стороны, отсутствием строгой теории метода — теории соотношения между личностными особенностями и особенностями высказываний по предлагаемым картам; с другой стороны, различиями в классификационных делениях неврозов и в связи с этим трудностями сопоставления полученных в экспериментах результатов. В отечественной литературе специальные исследования больных неврозами с помощью метода Роршаха практически отсутствуют. На данном этапе развития метод требует по сравнению с другими проективными тестами хорошей подготовки (обычно многолетней) исследователя, его опытности и даже таланта, что также объясняет относительно ограниченный характер его применения в клинике неврозов, где хорошо зарекомендовали себя другие, менее сложные проективные методы.

В более поздних работах для характеристики отношений больных неврозами используются и другие методы с различной степенью проективности: методика для опре-

деления дистанции межличностного общения [Соложенкин В. В., 1980], различные варианты семантического дифференциала [Исурина Г. Л., 1984], цветовой тест отношений [Эткинд А. М., 1985] и др. Цветовой тест отношений предназначен для изучения эмоциональных компонентов отношений человека. Методической основой теста является цветоассоциативный эксперимент. Он базируется на предположении о том, что существенные характеристики невербальных компонентов отношений к значимым другим и к самому себе отражаются в цветовых ассоциациях к ним. С помощью теста можно выявлять достаточно глубокие, частично неосознаваемые компоненты отношений, минуя при этом искажающие, защитные механизмы вербальной системы сознания.

Существуют десятки других проективных методов, которые при условии хорошего владения ими могут быть полезными в диагностической работе при неврозах. Это проективные рисунки, которые делятся на тематические и атематические; проективные приемы, предусматривающие использование музыки; некоторые другие, помимо метода незаконченных предложений, тесты вербальных завершений (проективные опросники, завершение повествований) и т. д.

В то время как проективные методы дают возможность изучать личность в целом с точки зрения ее своеобразия — исследовать мотивы, тенденции, особенности отношений к различным сторонам действительности и др., личностные опросники, относящиеся к непроективным методам, позволяют изучать личность лишь сегментарно. В настоящее время существует большое количество личностных опросников, предназначенных как для исследования одновременно многих сторон личности, так и для изучения отдельных ее свойств и проявлений. Каждый из них представляет собой стандартизованную анкету, состоящую из ряда предложений, с содержанием которых обследуемый может согласиться или не согласиться. Чаще всего они сформулированы таким образом, чтобы обследуемый, отвечая на них, сообщил экспериментатору о своем самочувствии, о типичных вариантах поведения в различных ситуациях, оценивая личность с различных точек зрения, освещал особенности своих взаимоотношений с окружающими и т. д.

Наиболее распространенным в настоящее время является Миннесотский многопрофильный личностный опросник (MMPI). Имеется несколько адаптированных

вариантов этого опросника в нашей стране [Собчик Л. Н., 1971; Березин Ф. Б. и др., 1976, и др.].

Наш сотрудник И. А. Винкшна (1974) с помощью MMPI определял характерологические особенности больных неврозами. Показатели шкал MMPI оказались в группе неврозов значительно выше, чем у здоровых: другими словами, невротическая личность по этой методике характеризуется в целом более высоким профилем MMPI. Однако статистически достоверных различий между показателями шкал MMPI у больных, страдающих различными формами неврозов, не отмечено, что не противоречит литературным данным. Основным достоинством методики является не столько дифференциальная диагностика форм неврозов, сколько возможность получить известное представление о структуре характерологических особенностей больного, соотношении в ней различных личностных свойств.

Об этом свидетельствуют также данные Ю. Я. Тупицына (1973), установившего на репрезентативной выборке из 90 больных истерическим неврозом отсутствие однообразно-единого профиля MMPI, что, по его мнению, объясняется не только возможностями самого метода, но и принципиальной неверностью подхода к рассмотрению истерического характера как статичной, жестко детерминированной структуры, определяющейся только так называемыми ядерными чертами.

В ряде работ наших сотрудников [Котяева Т. В. и др., 1971; Малкова Л. Д., 1977, и др.], а также сотрудников лаборатории медицинской психологии Института им. В. М. Бехтерева были сделаны попытки создания ряда новых шкал MMPI для решения диагностических и дифференциально-диагностических задач в клинике неврозов. Так, Н. Б. Ласко (1978) разработана методика для определения уровня невротизации и психопатизации. Особенностью ее является то, что для составивших шкалу признаков с помощью последовательной статистической процедуры установлена диагностическая ценность каждого из них.

Использование MMPI для дифференциальной диагностики неврозов и неврозоподобных вариантов вялотекущей шизофрении, по нашим данным, неэффективно, что совпадает с результатами, полученными И. Г. Беспалько, И. Н. Гильяшевой (1971) и В. М. Воловиком (1972). В. М. Воловик указывает, что по большинству шкал MMPI отмечено почти полное совпадение показа-

телей у больных неврозами и вялотекущей шизофренией. Представляет интерес, что повышенными у больных шизофренией оказались оценки всех 5 дополнительных шкал MMPI, характеризующих депрессию (41, 42, 51, 53, 56), что, по мнению автора, отражает более глубокую реакцию этих больных на происходящий «слом».

Использование методики Айзенка, получившей столь широкую известность, оказалось полезным в нашем опыте лишь при сопоставлении психологических личностных характеристик с биологическими (физиологическими, биохимическими) показателями [Карвасарский Б. Д. и др., 1971, и др.].

Для определения степени осознания больным неврозом психологических механизмов своего заболевания может быть использована методика, разработанная в Институте психиатрии и неврологии в Варшаве и адаптированная в нашей клинике [Кайдановская Е. В., 1987].

Из немногих отечественных личностных опросников наибольший интерес представляет патохарактерологический диагностический опросник А. Е. Личко (1976), предназначенный для выявления типов акцентуации характера у подростков. В нашем отделении Г. Л. Исуриной (1976) установлена возможность использования этого опросника для определения акцентуаций характера, нередко имеющихся у больных неврозами.

В ГДР для установления уровня невротизации широкое распространение получил опросник, предложенный K. Höck, H. Hess (1975). Другой методикой, также разработанной в ГДР [Hänsgen K., 1982] и примененной в нашей клинике [Бакирова Г. Х. и др., 1985], является тест БВНК-300. Опросник может быть использован для диагностического разграничения здоровых и больных неврозами, определения уровня невротических расстройств, их классификации и в качестве многопараметрового критерия эффективности психотерапии при неврозах.

В ряде работ последних лет установлены искажения личностных характеристик больных, получаемых с помощью одних лишь опросников. Больные неврозами при ответах на вопросы склонны описывать не их действительный тип реакций, а тот образ поведения, который они считают для себя положительным (о чем уже говорилось выше). Относительно меньшая ценность личностных опросников для клиники неврозов и иных пограничных состояний сравнительно с другими психологическими методами определяется прежде всего тем, что в основу

оценки личности в этом случае кладутся данные самооценки.

Личностные опросники имеют определенное значение при экспресс-диагностике и при массовых исследованиях, предполагающих использование экономичных приемов. Сами по себе эти методы, естественно, оказываются недостаточными при изучении индивидуальных случаев, особенно с учетом той степени глубины характеристики личности, которая необходима в клинике неврозов.

Указанные недостатки личностных опросников, построенных на самооценке, едва ли могут быть преодолены стремлением к усовершенствованию их путем использования «второго поколения» математических методов в психологии и принципов медицинской вычислительной диагностики, хотя, разумеется, замена опросников, построенных на основе равенства всех вопросов по отношению к исследуемому качеству, методами, где каждый вопрос-признак имеет определенную диагностическую ценность, позволит существенно повысить их дифференцирующую способность.

Для исследования познавательной деятельности больных неврозами в целях их диагностики и дифференциальной диагностики может быть использована методика Векслера. Последний усовершенствованный вариант был создан D. Wechsler в 1955 г. Изучению особенностей интеллектуальной деятельности больных неврозами, а также использованию их в диагностических целях были посвящены исследования Р. О. Серебряковой (1972) и И. Н. Гильяшевой (1974). Невербальные задания все больные неврозами, кроме больных неврастенией, выполняют значительно хуже, чем вербальные. Относительную трудность для всех больных неврозами представляют задания «арифметическое», «повторение цифр» и особенно «шифровка», требующие высокой концентрации внимания, собранности, а «шифровка», кроме того, и значительной моторной активности. Результаты у больных неврозами по последнему заданию оказались ниже результатов всех других субтестов и результатов нормы. Значительную трудность для всех групп больных неврозами представляет также задание «расположение картинок» (последовательность событий в житейских ситуациях), социальное и личностно-значимое содержание которого может задевать переживания и конфликтные отношения больных, о чем свидетельствует явно проективный ха-

рактер многих ответов, полученных по этому заданию.

Затруднения в выборе решения и переходе к действию характерны для больных неврозом навязчивых состояний на психастеническом фоне, трудности в вербализации на абстрактно-логическом уровне — для больных истерией. Специфическую трудность для больных неврастенией представляют задания, требующие концентрации и значительного объема внимания.

И. Н. Гильяшевой (1974) были обследованы больные неврозами и неврозоподобной формой вялотекущей шизофрении (включая инициальные состояния), представляющими существенные трудности для дифференциальной диагностики. Для определения диагностической значимости отдельных признаков, ранжирования их по ценности и формулирования решающего правила был использован метод неоднородного последовательного статистического анализа. На этой основе были отобраны 7 наиболее ценных признаков, которые использовались для составления диагностической таблицы. Из них самыми информативными оказались субтестовая оценка, равная 6-шкальным единицам или ниже; разность между вербальной и невербальной итоговыми оценками, равная 15-шкальным единицам или больше, при одной из итоговых ниже уровня средней нормы ($IQ < 90$); оценки субтестов «складывание фигур» и «расположение картинок», равные 7-шкальным единицам или ниже.

В медицинской психологии для изучения познавательной деятельности (памяти, мышления, восприятия) больных с различными нервно-психическими заболеваниями, в том числе неврозами, для их дифференциальной диагностики с шизофренией и органическими заболеваниями головного мозга ведущая роль отводится так называемым патопсихологическим методам, обычно в нестандартизованном варианте. В частности, для исследования нарушений мышления пользуются методами: «классификация предметных картинок», «исключение предметов», «исключение понятий», наборами пословиц и др. Расстройства внимания и памяти исследуют с помощью корректурной пробы Анфимова—Бурдона, черно-красных цифровых таблиц Шульте—Горбова, методики Крепелина, Эббингауза, набора слогов и слов для исследования кратковременной памяти и т. д.

В методологии указанных исследований, тщательно разработанной Ю. Ф. Поляковым (1974), Б. В. Зейгарник (1986), особую роль приобретает принцип модели-

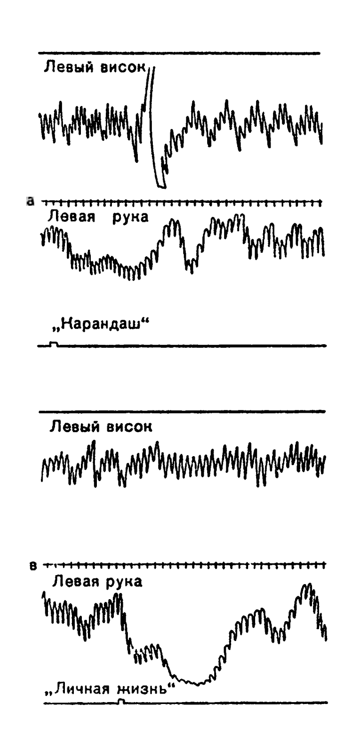
рования определенных ситуаций, в которых проявляются те или иные виды психической деятельности больного. Заключение по психологическому эксперименту строится не только и не столько на оценке конечного результата (эффекта) деятельности больного, сколько на содержательном анализе способов деятельности, особенностей самого процесса выполнения заданий. Это позволяет реализовать важный принцип психологического исследования — одновременное выявление и сопоставление нарушенных и сохранных сторон психической деятельности. Ведущим при таком исследовании является качественный анализ. Подчеркивается значение методик, направленных на исследование познавательной деятельности, для опосредованного выявления также и личностных особенностей больного.

Для дифференциальной диагностики между неврозами и вялотекущей шизофренией представляет интерес исследование Т. Н. Бояршиновой (1975). Использовав набор патопсихологических методов, она показала, что у больных вялотекущей шизофренией выявляются разноплановость мышления, различного рода соскальзывания, паралогизмы и др.; у части больных таких грубых нарушений мышления выявить не удавалось, но имели место нечеткость организации мышления, некоторое сужение объема памяти, внимания при относительной сохранности мыслительных операций.

Кроме уже описанных психологических методов, для решения некоторых диагностических задач, в частности для дифференциальной диагностики между неврозами и неврозоподобными вариантами органических заболеваний головного мозга, могут применяться нейропсихологические методы [Лурия А. Р., 1973; Вассерман Л. И., 1983, и др.]. Эти методы направлены на исследования особенностей речи, зрительного, слухового и слухоречевого гнозиса; они помогают также выявлять особенности нарушения кратковременной и долговременной памяти, в частности ее модально-специфические расстройства.

Для выяснения отношения больных к психотравмирующим обстоятельствам, а также для исследования действия функциональных раздражителей на различные системы организма в связи с их патогенным значением для больного неврозом может быть использован психофизиологический эксперимент (рис. 1), методика проведения которого описана в главе 6.

Значительную диагностическую ценность в клинике



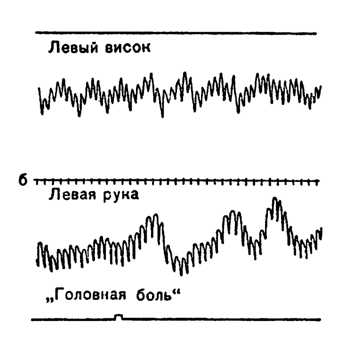


Рис. 1. Изменения сосудистых (плетизмографических) реакций у больной с истерией (левая рука).

а — на индифферентное слово (карандаш); б — на слова, имеющие отношение к основному симптому заболевания (головная боль); в — на слова, имеющие отношение к психотравмирующей ситуации (личная жизнь).

неврозов приобретает групповая психотерапия [Карвасарский Б. Д. и др., 1974]. Основная особенность психологической диагностики в условиях групповой психотерапии состоит в определении тех личностных характеристик, которые должны быть подвергнуты изменениям в желательном направлении непосредственно в ходе психотерапевтического процесса. Из такого понимания специфики психотерапевтически ориентированной психологической диагностики следует, что основное внимание должно уделяться не столько описанию тех или иных свойств личности или группы, сколько выявлению механизмов, управляющих индивидуальным и групповым поведением, а также обнаружению факторов, детерминирующих изменения в функционировании данных механизмов.

Вопросы, связанные с диагностикой групповых процессов в условиях психотерапии, рассматриваются специально в главе 9. Здесь же следует подчеркнуть роль групповой психотерапии для индивидуальной психологической диагностики, так как данная форма работы

обладает по крайней мере двумя преимуществами перед другими методами: 1) материалом для диагностических целей является процесс реального межличностного взаимодействия, в котором личность проявляется с наибольшей полнотой; 2) в психотерапевтической группе благодаря атмосфере благожелательного понимания со стороны остальных участников группы больной приобретает возможность свободно выражать эмоции, что в других условиях представляет для него значительную трудность.

Комплексное использование различных методик групповой психотерапевтической работы (дискуссия, разыгрывание ролевых ситуаций, психогимнастика, рецептивная музыкотерапия, проективный рисунок) позволяет обеспечить полноту и надежность получаемой информации, повысить ее эвристическое и диагностическое значение.

Близок к групповой психотерапии естественный эксперимент А. Ф. Лазурского, в процессе которого вызываемая и организуемая нормальная повседневная деятельность становится средством познания особенностей личности.

Для повышения диагностической ценности психотерапевтической группы весьма актуальной является разработка методов программированного наблюдения в условиях групповой психотерапии, что позволило бы не только качественно, но и в определенной мере количественно оценивать различные психические свойства больных.

Кратко резюмируем материалы, представленные в данном разделе. В соответствии с основными методологическими положениями советской психиатрии и медицинской психологии полученный опыт свидетельствует о том, что использование экспериментально-психологических методов ни в какой мере не отменяет ведущего значения собственно клинического метода, позволяющего составить заключение об истории формирования личности и правильно оценить экспериментальные данные о «поперечнике» личности больного; объективно и конкретно раскрыть подлинно индивидуальные особенности личности с ее переживаниями, отношением к болезни и окружающим; интегрировать всю информацию о больном и болезненном процессе.

Выбор методов экспериментально-психологического исследования для решения задач патогенетической и дифференциальной диагностики в клинике неврозов оп-

ределяется концепцией патогенетических, в частности психологических, механизмов развития психогенных заболеваний человека.

Глава 2. ОСНОВНЫЕ НЕВРОТИЧЕСКИЕ СИНДРОМЫ

АСТЕНИЧЕСКИЙ СИНДРОМ

Астения — состояние нервно-психической слабости — входит в клиническую картину различных нервно-психических и соматических симптомокомплексов и нозологических форм. В легкой степени астения — постоянный симптом почти любого заболевания; нередко встречается она и у здоровых лиц в состоянии утомления и переутомления. Однако, являясь по своей природе общепатологическим, астенический синдром возникает всегда только в клиническом видоизменении, и при развитии психической патологии появляется не просто астения, а астения невротическая, органическая, шизофреническая и т. д. [Снежневский А. В., 1975].

Термин «астения» ввел в 1735 г. J. Brown, предположивший, что многие заболевания нервной системы можно связать с ее возбуждением или истощением. В виде отдельного синдрома астенические жалобы в качестве невротических были выделены в 1765 г. Whytt (цит. по Ю. К. Белицкому, 1906), который описал нервность (nervousness), напоминающую неврастению. Настоящая эпоха развития представлений о «нервной слабости» начинается вскоре после опубликования статьи G. M. Beard (1869), в которой сообщалось о существовании некоторых признаков и симптомов, обозначенных им термином «неврастения». В настоящее время все эти представления имеют лишь историческое значение.

Астенический синдром — один из самых частых в клинике неврозов. Он установлен нами у 219 из 643 больных неврозами, т. е. у 34,1 %. Многие авторы указывают на увеличение астенических проявлений при неврозах.

Описаны десятки симптомов, составляющих невротическую астению. M. E. Cohen (1950) указывает 28 симптомов: наклонность к слезам (95 % случаев), одышку (90 %), раздражительность (87 %), околосердечные боли (85 %), головокружение (78 %), ощущение слабости (70 %), тревогу, беспокойство (60,7 % случаев); чувство усталости занимает лишь 18-е место.

Иное соотношение признаков установлено нами при изучении структуры невротической астении [Малкова Л. Д., 1977]. С помощью разработанной шкалы астении, включающей в себя 42 признака, были получены данные, характеризующие астенические проявления и их уровни у больных неврозами по сравнению со здоровыми людьми. Окончательная обработка шкальных оценок по программам факторного и последовательного статистического анализов позволила выделить признаки шкалы, в наибольшей степени характеризующие астению при неврозах. Приводим эти признаки, расположенные с учетом их диагностической ценности: когда я просыпаюсь, то не чувствую себя свежим и отдохнувшим; я испытываю общую слабость; я чувствую себя усталым; мне трудно сосредоточиться на каком-либо вопросе или задаче; меня утомляют люди; мои планы представляются мне настолько трудновыполнимыми, что я легко отказываюсь от них; мои глаза устают при длительном чтении; я забывчив; мой слух так чувствителен, что это раздражает меня. В целом же полученные данные вполне согласуются с клиническими представлениями об астеническом синдроме при неврозах, для которого наиболее типична триада следующих болезненных нарушений: собственно астения, вегетативные проявления и расстройства сна.

Собственно астения включает в себя повышенную утомляемость, снижение трудоспособности, ухудшение памяти и внимания. Снижение способности к концентрации внимания приводит к рассеянности и вторично к затруднениям запоминания. Весьма характерно также механическое чтение без усвоения содержания прочитанного. Указанные нарушения сопровождаются, как правило, повышенной возбудимостью, раздражительностью, эмоциональной неустойчивостью и лабильностью настроения, которое неадекватно повышается при незначительной удаче и резко ухудшается при малейшей неудаче. Эмоциональная реакция неадекватна силе раздражителя. Кроме того, для больных типичны нетерпеливость и плохая переносимость ожидания.

Одним из постоянных проявлений собственно астении является повышенная чувствительность больных к громким звукам, шуму, яркому свету, проприо- и интероцептивным раздражителям. Они испытывают разнообразные неопределенные и неприятные ощущения со стороны кожных покровов, слизистых оболочек, мышц и внутренних органов. Последнее обстоятельство делает понятным

частое у больных неврозами сочетание астенического и ипохондрического синдромов.

Вегетативные расстройства выражаются в лабильности пульса и артериального давления, стойких спонтанных дермографических реакциях, общем и дистальном гипергидрозе и др. Часто отмечается головная боль.

Последним проявлением астенической триады служит нарушение сна. Для астенического синдрома характерны нарушение засыпания, сон с пробуждениями ночью и наиболее легкие проявления диссомнии. После ночного сна больные обычно жалуются на чувство разбитости, отсутствие ощущения бодрости, отдыха. Субъективная оценка ночного сна как неполноценного, недостаточного влияет на настроение и самочувствие не только утром, но и в течение дня. Снижение работоспособности многие больные относят за счет отсутствия полноценного сна, возникают тревожная мысль об истощении мозга от недосыпания и тревожное ожидание следующей ночи. Однако выраженной сонливости днем у подавляющего большинства больных неврозами с указанными нарушениями не наблюдается.

Выделяют три формы астенического синдрома: гиперстеническую, раздражительной слабости и гипостеническую, которые рассматриваются либо как последовательные стадии астенического синдрома, либо в качестве самостоятельных его форм. При этом допускается, что начальные стадии при быстром развитии болезни могут оставаться незамеченными и выпасть из поля зрения врача.

Признаками гиперстенической формы являются повышенная раздражительность, несдержанность, нетерпеливость. Имеющаяся повышенная активность беспорядочна, отсутствует ее целенаправленность, больные легко переходят от одного вида деятельности к другому. Однако ввиду отсутствия достаточных сил каждый из этих видов деятельности остается незавершенным. Повышенная возбудимость часто выражается в слезливости, которая не была свойственна больному раньше.

Противоположная форма астении — гипостеническая — отличается прежде всего более выраженным компонентом собственно астении, как психической, так и физической. У больных снижаются работоспособность и интерес к окружающему. Они постоянно чувствуют себя усталыми, вялыми, иногда сонливыми.

Форма раздражительной слабости занимает проме-

жуточное положение. При ней наблюдается повышенная возбудимость и в то же время слабость, истощаемость, а также легкие переходы от гиперстении к гипостении, от чрезмерной активности к апатии.

В описанном виде астенический синдром наиболее часто встречается при неврастении. У больных с истерическим неврозом своеобразие астении заключается в диссоциации между предъявляемой и истинной ее выраженностью, в ситуационной обусловленности, зависимости ее от установок больного, элективном характере астении. Нередко больные истерией, ярко и демонстративно предъявляющие жалобы на тяжелую астению и почти полную невозможность заниматься любым видом работы, в избирательных ситуациях при положительной установке способны к многочасовому и напряженному труду. Эти особенности астении, хотя и в меньшей степени, характерны также для остальных форм неврозов.

Астенические состояния невротического генеза необходимо дифференцировать от астенической формы психопатии. Для последней характерна общая «нервная слабость», больные с трудом справляются с требованиями повседневной жизни, обычный объем работы кажется им непосильным [Смулевич А. Б., 1983]. Астеническое состояние не является здесь отдельным эпизодом, возникшим в связи с воздействием психогенных факторов, а характерно для человека на протяжении всей его жизни, усиливаясь при изменении привычного жизненного стереотипа, под влиянием переутомления, соматических заболеваний и др.

Большие трудности нередко возникают при дифференциальном отграничении невротической астении от астенического синдрома в рамках травматического поражения, сосудистых и иных органических заболеваний мозга, а также от астенической симптоматики при вялотекущей шизофрении.

Астенический синдром рассматривается в качестве «сквозного» нарушения на протяжении всего периода отдаленных последствий черепно-мозговых травм [Шумский Н. Г., 1983]. В остром периоде в структуре астении преобладает адинамический компонент, в периоде отдаленных последствий на первый план выступают раздражительность (взрывчатость), истощаемость в сочетании с резким снижением побуждений, сужением круга интересов. Отмечаются трудности в приспособлении к жизни в различных ее сферах — трудовой, семейной и

др. Для травматической астении характерны дисмнестические расстройства. Вегетативные нарушения более выражены, чем при неврозах, что связано с наличием органической диэнцефальной недостаточности.

При сосудистых церебральных заболеваниях психическая астения может проявляться преимущественно в эмоциональной, интеллектуальной или волевой сфере. В ряде случаев наблюдаются эмоциональная гиперестетическая слабость и «недержание эмоций» (в частности, беспричинная и безудержная слезливость); на передний план у других больных выступает астеническое мышление, характеризующееся замедлением и затруднением его; у третьих снижается способность к волевому усилию.

При других органических заболеваниях головного мозга астенический синдром проявляется психической слабостью, раздражительностью, недержанием аффекта, эйфорией, тревожно-боязливым, ипохондрическим или безучастно-депрессивным настроением. Типичны расстройства сна в виде диссомнии, вегетативные нарушения и сенестопатии. Отмечается значительное снижение психических функций, прежде всего внимания и памяти. Эти нарушения носят стойкий и длительный характер.

Астенические состояния могут быть началом шизофренического процесса. Особенностей астенических проявлений при шизофрении и вопросов их дифференциальной диагностики касались многие авторы [Бамдас Б. С., 1961; Шостакович Б. В. и др., 1975; Воскресенский В. А., 1984, и др.]. Для астенического синдрома при шизофрении характерна нарастающая тяжесть астенической симптоматики, которая по мере течения заболевания оказывается все менее зависящей от внешних условий и деятельности больного. Физический компонент астении выражен нерезко. Для большинства больных характерно не только отсутствие физической утомляемости и истощаемости, но и нередкое улучшение состояния под влиянием физических нагрузок. Со временем раздражительность становится все более неадекватной, интенсивность вегетативных расстройств уменьшается, они сменяются сенестопатиями. Астенические проявления начинают все более сочетаться с вялостью, апатией, эмоциональным обеднением и расстройствами мышления. К астении довольно быстро присоединяются обсессивные, ипохондрические и деперсонализационные расстройства.

Во всех спорных случаях при дифференциальном

диагнозе невротической и шизофренической астении решающее значение имеет появление специфических шизофренических симптомов, даже нерезко выраженных, рудиментарных, относящихся по степени тяжести к более глубоким уровням расстройств психической деятельности по сравнению с астеническим уровнем.

ОБСЕССИВНЫЙ СИНДРОМ

Со времени первого описания навязчивых явлений F. Platter в 1617 г. этой патологии посвящена необозримая литература, бо́льшая часть из которой представляет в настоящее время скорее исторический интерес.

Определяя феномен навязчивости, Н. К. Липгарт (1978) указывает, что это внезапное появление мысли, представления и других явлений, не связанных в данный момент с содержанием сознания и поэтому воспринимаемых больным как чуждые, эмоционально неприятные, однако с пониманием того, что все это его собственное, а не навязанное извне. Феномен навязчивости развивается на фоне ясного сознания, хотя последнее во время тяжелых приступов навязчивости может быть аффективно сужено. Ясность сознания, с одной стороны, и «чуждость» навязчивых явлений его содержанию с эмоциональной оценкой их — с другой, вызывают критическое отношение к ним и побуждают больного бороться с этими болезненными явлениями, что и отличает их от бреда.

Обсессии при неврозах сопровождаются тягостным аффективным состоянием, определяющимся бессилием перед ними. Нередко больные не отдают себе отчета в том, от чего им тяжелее: от навязчивых мыслей или от переживаний своей беспомощности в момент преодоления этих мыслей.

Следует подчеркнуть, что на чуждость обсессий содержанию сознания больного и невозможность от них освободиться как на общий признак этих состояний указал И. М. Балинский (1858) — основоположник петербургской школы психиатров. Он же предложил для обозначения их русский термин — «навязчивые состояния».

А. В. Снежневский (1983) навязчивые явления разделяет на две формы: отвлеченные (безразличные по своему содержанию) и образные, чувствительные (с аффективным, нередко крайне тягостным содержанием). К первой форме относятся бесплодное мудрствование («ум-

ственная жвачка»), навязчивый-счет, навязчивое воспроизведение в памяти забытых имен, фамилий, определений и др., ко второй — навязчивые воспоминания, хульные, кощунственные мысли (контрастные представления), навязчивые сомнения, навязчивые опасения невозможности выполнить привычные действия и др.

Навязчивые состояния подразделяют также на навязчивости в интеллектуальной (обсессии)[1], эмоциональной (фобии) и моторной (компульсии) сферах. Имеются веские основания считать такое разделение условным, так как в каждом навязчивом явлении в той или иной степени содержатся и навязчивые мысли, и страхи, и движения, тесно взаимосвязанные. Примером этому могут служить больные, страдающие тяжелыми формами невроза навязчивых состояний. У таких больных нередко развиваются защитные действия разнообразного характера в виде так называемых ритуалов.

Особенности фобического синдрома в клинике неврозов подробно будут описаны ниже, здесь приводится лишь характеристика обсессий и компульсий.

Навязчивые явления типа «умственной жвачки» проявляются в навязчивых сомнениях и размышлениях, сопровождающих любые занятия больных. Будучи бесплодными, не дающими удовлетворения, они мучительны для больных, так как последние не могут от них избавиться. Возникая при выполнении любых занятий умственного характера, они заставляют больных возвращаться к одним и тем же мыслям, бесконечное число раз перечитывать, пересчитывать, проверять выполненную работу, доводя до состояния изнеможения.

Навязчивые сомнения могут проявляться мучительной неуверенностью в правильности и завершенности различных действий с постоянным стремлением проверять их выполнение, что отнюдь не успокаивает больных. Так, они многократно проверяют, выключен ли газ, заперта ли дверь и т. д. В то же время реальные события и явления в значительно меньшей степени привлекают их внимание.

Навязчивый счет (аритмомания) может иметь при неврозах и самостоятельное значение, но чаще встречается в структуре фобического синдрома, приобретая

---

[1] Обсессия (лат.) — одержимость. Наряду с использованием термина «обсессия» для определения навязчивых мыслей в литературе тем же термином нередко обозначаются в целом навязчивые явления.

охранительно-ритуальный характер. Например, больной постоянно пересчитывает какие-либо предметы (оконные переплеты, ступени, ножки стульев, производит в уме счетные операции и др.), чтобы не заболеть раком или другой опасной болезнью. К отвлеченным, безразличным по своему содержанию навязчивым явлениям относится также воспроизведение в памяти забытых имен, фамилий, дат, навязчивое припоминание названий (ономатомания).

Типичным примером образной навязчивости с тягостным аффективным содержанием являются контрастные навязчивости. Надо сказать, что «хульные мысли» (циничные представления по отношению к богу, святым), встречавшиеся в прошлом у религиозных людей, наблюдаются теперь крайне редко. Другие же контрастные мысли и представления, содержание которых противоречит истинному эмоциональному отношению и морально-этическим установкам больных, встречаются в клинике неврозов и в настоящее время. Т. Н. Соколова (1974), специально изучавшая контрастные навязчивости, выделяет следующие компоненты этого синдрома: навязчивые мысли, навязчивый страх, навязчивые представления и навязчивые побуждения. При контрастных навязчивостях в рамках неврозов (чаще при неврозе навязчивых состояний) из всех этих компонентов преобладает массивный страх возможного выполнения опасных или нелепых действий. Компонент навязчивых побуждений при этом выражен незначительно. Для больных психастенией типичны контрастные навязчивости морально-этического содержания, для истерической психопатии — яркое образное представление криминального или аморального поступка и кратковременность проявления навязчивостей. Как указывает А. М. Свядощ (1971), в этих случаях речь идет не о навязчивом влечении к совершению действий, а о страхе перед возможностью их совершить, связанном с ярким представлением этого действия.

Навязчивые воспоминания обычно проявляются в непреодолимо возникающем в сознании больного воспоминании, чаще всего касающемся психотравмирующей ситуации, явившейся причиной невротического срыва, или каких-либо неприятных событий в прошлом. Обычно это чрезвычайно яркие образные воспоминания, которые сопровождаются чувством стыда и раскаяния.

Навязчивые движения или действия при неврозах могут встречаться самостоятельно либо чаще входят в

сложную структуру фобического синдрома и выступают в качестве ритуалов. Навязчивый характер могут иметь как простые движения (постукивания, стряхивания и др.), так и более сложные действия (строго последовательное, по определенному плану, проведение утреннего туалета, продолжающееся иногда часами, расположение в определенном порядке вещей на письменном столе и т. д.). В случаях тяжелых форм неврозов, в частности невроза навязчивых состояний, больные не только сами совершают ритуальные действия, но и заставляют выполнять их и своих родных.

Сложные навязчивые двигательные ритуалы часто имеют характер «очистительного», защитно-охранительного акта (например, мытье рук при мизофобиях).

Описываемые в группе навязчивых движений тики в виде стереотипно повторяющихся непроизвольных подергиваний мышц, обычно относящихся к лицевой мускулатуре, и часто встречающийся при неврозах блефароспазм могут иметь невротическое происхождение, но в ряде случаев требуют тщательной дифференциальной диагностики с органическими заболеваниями центральной нервной системы, местными гиперкинезами иного происхождения и др. При этом, по мнению многих авторов, усиление клинических проявлений гиперкинеза при эмоциональном напряжении, иногда рассматриваемое как доказательство невротической природы симптома, как правило, наблюдается и при гиперкинезах органического происхождения.

Следует отметить, что если в одних случаях больной вопреки желанию вынужден совершать определенные логически не мотивированные движения и действия, так как это приводит к успокоению, то в других случаях все усилия его направлены на то, чтобы не производить каких-либо действий.

Наряду с более частыми обсессивными явлениями в виде навязчивых действий в клинике неврозов встречаются симптомы, выражающиеся в навязчивом опасении невозможности произвести какое-либо действие. Такого рода навязчиво возникающее опасение характерно для синдромов дезавтоматизации вегетативных функций, проявляющихся в нарушениях дыхания, глотания, мочеиспускания. В последнем случае это, например, невозможность помочиться в присутствии посторонних.

Обсессии в изолированном виде при неврозах встречаются относительно редко. Авторы, признающие невроз

навязчивых состояний в качестве самостоятельной формы, описывают обсессивные явления чаще в рамках этого невроза. Те же клиницисты, которые не выделяют невроз навязчивости, считают обсессивные симптомы достаточно типичными для больных неврастенией.

У больных с различными формами неврозов могут встречаться самые разнообразные навязчивые симптомы. Для больных неврастенией характерны навязчивые мысли ипохондрического содержания, фиксации которых могут способствовать различные неприятные соматические ощущения. В навязчивом симптомокомплексе при истерии больше демонстративности, ухода от трудностей, «бегства в болезнь», чем собственно переживаний навязчивостей. Отмечается эмоциональная насыщенность этих состояний. А. М. Свядощ (1982) предлагает относить к истерическим только те навязчивости, в основе которых лежит механизм «условной приятности или желательности болезненного симптома». Навязчивые мысли при истерии встречаются значительно реже. Иногда у больных истерией набалюдаются навязчивые представления, достигающие яркости галлюцинаций (как правило, зрительные и слуховые).

Навязчивые двигательные ритуалы чаще имеют место у больных неврозом навязчивых состояний и истерией, реже — при неврастении.

В большинстве случаев обсессивные проявления в изолированном виде встречаются при психопатиях (психастенической или ананкастической), а также процессуальных заболеваниях и органических поражениях головного мозга.

Вопросы дифференциальной диагностики навязчивых состояний при неврозах и шизофрении (в особенности вялотекущей, неврозоподобной ее форме) нередко представляют значительные трудности.

Д. С. Озерецковский (1950) полагает, что при шизофрении следует различать навязчивые состояния, несущие несомненную эмоциональную окраску (наличие которой, по мнению автора, является следствием психастенического тревожно-мнительного характера, выявляющегося у больных шизофренией), и навязчивые состояния, которые принципиально отличаются от первых отсутствием эмоциональной окраски и которые следует расценивать как шизофренические симптомы.

Е. К. Яковлева, изучавшая в нашей клинике в течение многих лет навязчивые явления, показала, что в

большинстве случаев развивающиеся при шизофрении (как и при других нервно-психических заболеваниях) навязчивые состояния являются не одним из компонентов болезненного процесса, а лишь следствием сложных переживаний, возникших у личности с психастеническими чертами, почему они и носят содержательный характер. Что же касается внешних проявлений навязчивостей и отношения к ним больных, определенного своеобразия их при нервных и психических заболеваниях, то Е. К. Яковлева считает их результатом влияния на нервную деятельность основного болезненного процесса и подчеркивает (соглашаясь с Д. С. Озерецковским), что диагноз шизофрении при наличии навязчивого синдрома может быть поставлен только на основании специфических для данного заболевания психопатологических нарушений и не может определяться одними навязчивыми явлениями, как бы они ни поражали своей необычностью.

Большинство авторов [Воловик В. М., 1972; Матвеева Е. С., 1975; Гиндикин В. Я., 1977; Шевченко Ю. С., 1981; Смулевич А. Б., 1983; Наджаров Р. А., и др., 1988, и др.] подчеркивают следующие дифференциально-диагностические признаки навязчивостей при шизофрении: отсутствие образности, бледность эмоциональных компонентов, монотонность, наличие однообразного штампа навязчивостей, ригидность, обилие ритуалов, наклонность к систематизации. Подчеркивается также внезапность и немотивированность их возникновения. При углублении болезненного процесса часто наблюдается присоединение стереотипных моторных и идеаторных ритуалов, которые отличаются бессмысленностью и нелепостью. Прогностически неблагоприятными и также свидетельствующими в пользу обсессии в рамках вялотекущей шизофрении являются навязчивые сомнения, возникающие при усложнении обсессивного синдрома. Выраженность навязчивостей, их изменения обычно не зависят от внешних факторов, как это наблюдается при неврозах. При шизофрении навязчивости часто сочетаются с симптомами дереализации и деперсонализации.

Относительно меньшее значение при дифференциальной диагностике имеют такие признаки, как степень критического отношения к навязчивым явлениям, наличие борьбы с ними.

Как отмечает Е. С. Матвеева (1975), в клинике малопрогредиентной шизофрении больные в начале заболевания могут обнаруживать определенное критическое

отношение к идеям обсессивного характера и расценивают их как болезненные; патологические идеи не носят характера бредовой убежденности и постоянно подвергаются сомнению; больные расценивают эти явления как чуждые их личности; пациенты стремятся к преодолению их, противопоставляя им систему защитных мер, свойственных ананкастическим психопатам. Существенное значение в связи с этим имеет наблюдение за динамикой развития психопатологических нарушений. При навязчивостях в рамках шизофрении с прогрессированием заболевания наблюдается ослабление критического отношения к ним, исчезновение мучительного переживания бесплодной борьбы с ними. Наблюдаются также «потускнение» аффективного отношения к этим расстройствам, появление других указанных выше признаков обсессивных нарушений, свойственных процессуальным заболеваниям, более четкое выявление симптоматики иного регистра.

В случае маниакально-депрессивного психоза психогенно обусловленные навязчивые состояния возникают обычно в депрессивной фазе; они тесно связаны с началом приступа и исчезают с окончанием его.

Многими авторами навязчивости описываются при энцефалитах. У этих больных могут быть настоящие навязчивые состояния, обусловленные реакцией тревожно-мнительной личности на заболевание энцефалитом, а также в связи с более сложными психогениями, сопутствующими органическому заболеванию. Вместе с тем собственно навязчивые образования при энцефалитах характеризуются некоторыми особенностями, которые обычно подчеркиваются в литературе: насильственной непреодолимостью, доминированием, стереотипностью, часто — внезапностью наступления; правильнее относить их не к навязчивым, а к насильственным явлениям. Определенными особенностями характеризуются контрастные навязчивости у больных с органическими заболеваниями головного мозга.

Компонент навязчивого побуждения граничит у них с насильственностью.

Насильственный характер носят также двигательные акты у больных с постэнцефалитическим паркинсонизмом, ничего общего не имеющие с навязчивыми компульсиями.

У больных эпилепсией необходимо различать симптоматику в рамках особых состояний, которые связаны

с нарушениями в области влечений и не могут быть отнесены к истинным навязчивым состояниям: наплывы мыслей, насильственные стремления, насильственные влечения. Они характеризуются кратковременностью, пароксизмальностью, выраженной аффективной насыщенностью, почти насильственной непреодолимостью, отсутствием связи с психической травматизацией.

М. Ш. Вольф (1974) отмечает у больных эпилепсией навязчивую потребность в перемещении, удалении или разрушении отдельных предметов, а также появление навязчивых, часто бессмысленных словосочетаний, отдельных фраз, обрывков воспоминаний или мучительных сомнений, смысл и значение которых больные плохо осознают и не в состоянии точно передать.

В то же время у больных эпилепсией, как и при других нервно-психических заболеваниях, могут наблюдаться и навязчивые явления, психогенно обусловленные, отличающиеся в период ослабления нервной деятельности особой торпидностью.

ФОБИЧЕСКИЙ СИНДРОМ

В общей популяции невротические фобии, по данным F. Rouillon (1985), встречаются у 8—9 % населения (сравнительно с обсессивно-компульсивными расстройствами — 2—3 % и паническими состояниями — невроз страха, тревоги — 1,5 %). Частота фобий при неврозах колеблется в пределах 15—44 % случаев по сведениям разных авторов. Подтверждая значительную распространенность фобических расстройств, эти цифры одновременно отражают отсутствие как общепринятых критериев диагностики невротических состояний, так и единого определения самих фобий. Под последними в качестве синонима нередко подразумевают опасения, страх, тревогу.

В отличие от фобий тревога обычно характеризуется как состояние с чувством внутренней напряженности, беспокойства, обычно подчеркивается немотивированный характер тревоги и неопределенность страха.

В более широких рамках тревожных состояний в настоящее время часто описываются панические расстройства. В МКБ-9 диагноз «паническое расстройство» входит в шифр состояний тревоги. Рекомендуется квалифицировать его как «невроз тревоги», хотя наличие па-

нических приступов у больных с этим неврозом (согласно МКБ-9) не является обязательным. В советской литературе панические атаки рассматриваются как проявление не только невроза тревоги, но и других нервно-психических заболеваний. В DSM-III панические расстройства выделены в отдельную группу (наряду с фобическими расстройствами, обсессивно-компульсивными нарушениями и генерализованной тревогой).

А. М. Вейн и соавт. (1986) полагают, что термин «психовегетативные расстройства» следовало бы предпочесть понятию «панические атаки», обычно используемому в настоящее время в западной литературе.

Большинство авторов при определении невротических фобий чаще всего подчеркивают следующие их особенности. Невротические фобии представляют собой навязчивые переживания страха с четкой фабулой при наличии достаточной критики. Они обостряются в определенных ситуациях. Другой особенностью этих состояний является их яркий, образный, чувственный характер. Обычно они переносятся больными чрезвычайно мучительно из-за двойственного отношения к ним — продолжающегося переживания страха на фоне понимания его необоснованности.

Существенным признаком невротических фобий является выраженная борьба с ними.

Однако клинические наблюдения выявляют относительно динамический характер таких важных элементов фобического синдрома, как критика и борьба. С. Н. Давиденков (1963) не без основания утверждает, что полная сохранность критики при навязчивых страхах характерна иногда только для больных вне острых приступов фобии, в то время как в период острых приступов страха больные могут считать испытываемую ими опасность на самом деле вполне реальной. Н. К. Липгарт (1970) отмечает, что и феномен навязчивости (в рамках которого она рассматривает фобии), и фон, на котором развиваются навязчивые расстройства, и выделяемые ею в качестве вторичных элементов синдрома критика, борьба, сниженное настроение могут быть представлены в каждый конкретный момент по-разному даже у одного и того же больного. Хотя сознание при навязчивости всегда бывает ясным, объем его может изменяться в зависимости от силы навязчивых явлений и их формы, а выраженность критического отношения больных к ним и борьба с ними зависят уже не только от формы

навязчивого переживания и его силы, но и от содержания навязчивости. Правильность этого представления не вызывает сомнений и особенно подтверждается при наблюдении за больными неврозами с нозофобиями, навязчивыми страхами ипохондрического содержания. Клиническая оценка невротических фобий, учитывающая отмеченные выше особенности, весьма существенна при их диагностике и дифференциальной диагностике.

Из всего многообразия навязчивых страхов при неврозах чаще всего встречаются следующие их виды: кардиофобия — навязчивый страх за состояние своего сердца, лиссофобия — навязчивый страх сумасшествия, агорафобия — навязчивая боязнь открытых пространств (площадей, широких улиц и др.), клаустрофобия — навязчивая боязнь закрытых помещений, гипсофобия — навязчивый страх высоты, эрейтофобия — навязчивый страх покраснения, канцерофобия — навязчивый страх заболеть раком.

Началом систематического изучения фобий в психиатрической клинике принято считать 1871 г., когда C. Westphal была описана агорафобия. К 1914 г. G. S. Hall указывал на 135 видов фобий. В американском словаре медицинских терминов их насчитывается уже 367.

Многие зарубежные и большинство отечественных авторов рассматривают фобии в группе навязчивых состояний в эмоциональной сфере. Однако в последние десятилетия в связи с задачами клинической практики возникает необходимость выделения фобий в отдельный психопатологический синдром. Целесообразность этого подтверждена кодировкой фобий отдельным диагностическим знаком в Международной классификации болезней, травм и причин смерти 9-го пересмотра, адаптированной для использования в СССР (М., 1984).

С этой точки зрения представляют интерес взгляды В. М. Бехтерева, Ю. В. Каннабиха и других отечественных психиатров. Так, В. М. Бехтерев (1913), подчеркивая своеобразие возникновения, развития и клинических проявлений фобического синдрома при неврозах, указывал на целесообразность их выделения в самостоятельную группу расстройств. Ю. В. Каннабих (1935) предлагал рассматривать фобии и навязчивости в более узком смысле как различные клинические состояния, видя в них качественную разницу. По его мнению, фобии отличаются своим пассивным характером, больной лишь претерпевает аффект, легче, чем в норме, возни-

кающий у него в ситуации, напоминающей первоначальную психотравматизацию. Навязчивые мысли и влечения, напротив, представляют собой не пассивные явления, повторяющиеся в типичной обстановке, а активные действия более или менее постоянного характера, не требующие для своего выявления определенных ситуационных условий.

На своеобразие эмоциональных нарушений при обсессиях и фобиях указывает также Н. К. Липгарт (1974). Если при обсессиях первичные эмоциональные нарушения выражаются в основном в отрицательной эмоциональной окраске этих переживаний, всегда крайне неприятной больным, то при фобиях эти эмоциональные нарушения проявляются сильным аффектом с переживанием чувства смутной или ярко выраженной угрозы благополучию больного с частыми и значительными вегетативными симптомами.

В течение последних десятилетий невротические фобии были предметом многостороннего исследования в нашей клинике [Немчин Т. А., 1966, 1983; Карандашева Э. А., 1974, 1976; Мелик-Парсаданов М. Ю., 1983, 1987].

В табл. 3 дана группировка и приведено описание основных видов невротических фобий [Карандашева Э. А., 1976]. Как видно из приведенных в табл. 3 данных, среди находившихся в нашей клинике больных наиболее многочисленной оказалась группа больных с кардиофобией.

На содержание навязчивых страхов, так же как и на формирование других невротических феноменов, влияет актуальная ситуация в медицине в ее личностно и социально значимых аспектах. Группировка невротических фобий основывается на таких общих для ряда фобий признаках, как аналогичность сюжета, фабулы, последовательность симптоматики, клиническая динамика и др.

В первой группе представлены больные со страхом пространства и перемещения в нем; во второй — больные со страхами различных социально значимых ситуаций, относимых зарубежными авторами к социофобии [Taylor F., 1966]; в третьей — больные со страхами заболеваний (нозофобиями); в четвертую группу вошли больные с обсессивно-компульсивными фобиями. В структуре фобий четвертой группы, как правило, представлены навязчивые ритуальные действия. Реже они встречаются и при других видах невротических фобий.

Ритуалы имеют защитный охранительный характер

Таблица 3. **Основные виды невротических фобий**

Вид фобии	Число больных	Мужчины	Женщины
Страх пространства и перемещения в нем	34	14	20
Социофобии:	12	8	4
страх выступления перед аудиторией	4	3	1
навязчивый страх покраснения	4	3	1
страх перед невозможностью проглотить пищу в присутствии посторонних	2	—	2
страх рвоты в обществе	1	1	
страх покраснеть и одновременно вспотеть	1	1	
Нозофобии:	33	17	16
навязчивый страх за состояние своего сердца	17	12	5
навязчивый страх сумасшествия	9	2	7
навязчивый страх заболеть раком	7	3	4
Обсессивно-компульсивные:	9	—	9
навязчивый страх загрязнения	3	—	3
сочетание навязчивого страха загрязнения и заражения	3	—	3
навязчивый страх нанесения увечья своим детям	3	—	3
Прочие фобии (боязнь змей, привидений, домовых и другие редко встречающиеся невротические фобии)	12	5	7
Итого...	100	44	56

и производятся больными вопреки разуму для предупреждения мнимого несчастья. Ритуалы, входящие в структуру невротических фобий, часто психологически понятны. Вместе с тем некоторые авторы [Липгарт Н. К., 1970; Асатиани Н. М., 1985] подчеркивают, что ритуалы для больных неврозами не столь характерны и обычно бывают только при длительном течении фобического синдрома или в начале его, но на фоне выраженной нейросоматической астенизации. Наличие ритуалов в структуре навязчивых страхов скорее свидетельствует в пользу шизофрении, представляя феномен «символической защиты», в основе которого лежит извращение оборонительных реакций. Для невроза более характерна «прямая защита» — чрезмерно широкая генерализация самозащитных реакций, но адекватных сигнальному значению травмирующих раздражителей.

Приведенная выше группировка невротических фобий

является условной, однако она оказалась полезной для решения ряда диагностических, терапевтических и прогностических задач.

Основным в клинической картине больных с боязнью пространства и перемещения в нем является страх открытых пространств или, напротив, закрытых помещений, общественного транспорта, представляющего разновидность замкнутого пространства. Попадая в указанные места, больные испытывают тревогу, беспокойство часто с ощущением нехватки воздуха, помутнения в голове и другими вегетативными симптомами, что в конечном итоге заставляет их избегать этих ситуаций, ограничивает их возможности, вызывает чувство беспомощности и приводит к снижению настроения. Наличие вне «опасной» ситуации критического отношения к страху не помогает больным, поскольку он доминирует над любыми доводами рассудка. Критика резко снижается в момент выраженного состояния тревоги, например при переходе улицы, площади и т. д. Неизменно переживая страх в провоцирующей обстановке, больной пытается сопротивляться ему, ослабить его силу, ищет способы борьбы с ним, используя различные приемы. Так, например, в автобусе больной садится ближе к кондуктору или водителю, в метро садится в первый вагон, стремится занять место у окна или поближе к выходу и др.

Больной рассматривает свои переживания как болезненную слабость, безволие, странность. Он сокрушается, негодует на себя из-за собственной беспомощности, неспособности избавиться от страхов, неумения выбраться из нелепого, смешного положения, в которое попадает при развитии приступа тревоги.

Первое появление страхов нередко относится к детскому возрасту, когда они чаще неопределенны и носят малодифференцированный характер. Обычно это опасение за свое здоровье, сопровождающееся значительным психическим напряжением, тахикардией, которые проходят вначале без лечения. Появление постоянных симптомов болезни (т. е. того периода, когда пациент сам начинает считать себя больным) происходит двояким образом: в виде постепенного нарастания напряженности в определенных ситуациях и в виде внезапного страха, охватывающего больного в минуты сложных душевных переживаний при одновременном нахождении на широкой площади, улице, при переходе улицы, в толпе.

Продолжительность периода от момента появления

фобии до обращения больного в медицинское учреждение зависит главным образом от того, насколько быстро развивается фобический синдром, как он отражается на трудовой деятельности, и от объема помощи больному со стороны близких. Больные с рассматриваемыми фобиями обращаются к психиатру впервые спустя многие месяцы, нередко годы после начала заболевания (иногда после посещения врачей других специальностей).

К моменту поступления в клинику у всех больных наблюдается не монофобия, а сочетание нескольких фобий: боязнь выйти на улицу одному, страх передвижения на определенных видах транспорта, посещения магазинов, театров, кинозалов и т. д. В далеко зашедших случаях заболевания больной не может выйти из дома и воспользоваться каким-либо транспортом, а в ряде случаев ездит только на такси.

Эти больные, как правило, не теряют трудоспособности, она снижается лишь в определенных условиях (невозможность ездить на работу, в командировки и др.).

Несмотря на длительность заболевания, обычно не наблюдается личностных изменений, выходящих за пределы невротических. Отмечается лишь некоторое нарастание тревожности и раздражительности.

У больных с социофобиями, испытывающих страх в обществе людей, чаще отмечаются монофобии. Это застенчивые, малообщительные люди, с трудом адаптирующиеся даже в пределах клиники. Страх усиливается накануне или во время ответственных ситуаций. Больные меньше избегают ситуаций, чем пациенты предыдущей группы. Почти все они активно стремятся преодолеть страх. Общеневротические расстройства у них слабо выражены.

Обычно симптомы болезни впервые возникают в периоде полового созревания, затем затухают и вновь возникают в ответственные моменты жизни. Болезнь усиливает имевшуюся у больных и до заболевания тревожную мнительность, застенчивость. Фобии отличаются стойкостью, редко обрастают вторичными страхами; менее характерны для этих больных вегетативные расстройства и напряженность. Работоспособность сохраняется, но они сами прекращают работу из-за болезненного симптома (актеры, лекторы, преподаватели).

Фобии болезней в отличие от предыдущих, которые условно объединяются под названием «фобии внешне-

го стимула», относят к фобиям «внутреннего стимула», т. е. к таким, при которых причина страха находится в самом больном, а не во внешней среде. Нозофобии являются наиболее разнородной группой. Они сложны еще тем, что их необходимо отличать от ипохондрических переживаний и относить к ним следует только тех больных, у которых доминируют фобические переживания, представление о возможной болезни, а не реальные болезненные ощущения. На различие между фобией и страхом, основанным на болезненных, в частности ипохондрических, сомнениях у психастеников, обращает внимание М. Е. Бурно (1974). На практике, отмечает он, различного рода страхи и сомнения психастеников, определяющиеся особенностями их личности, не всегда отграничиваются от действительных навязчивых страхов. Между тем эти различия во многом определяют психотерапевтическую тактику.

Более половины больных с нозофобиями составляют пациенты с кардиофобией, описание которой приводится в разделе невротических нарушений сердечной деятельности.

При лиссофобии больного пугает не столько само «сумасшествие», сколько возможность возникновения состояния, которым он не сможет управлять. Страху сопутствуют чувство напряженности, снижение настроения, повышенный самоконтроль, нарушение сна, снижение трудоспособности. В клинике больные чувствуют себя спокойнее, поскольку страх усиливается лишь в определенных условиях, в которых, по их мнению, могут пагубно сказаться последствия болезни: при большом скоплении людей, в одиночестве.

При канцерофобии больные фиксируют внимание на малейших изменениях телесных ощущений, внешнем виде, любых проявлениях, которые, как им кажется, могут свидетельствовать о наличии опухолевого процесса. Их угнетает мысль об ожидаемых невыносимых страданиях, беспомощности, мучительной смерти. Они тревожны, ипохондричны, у них отмечаются плохой сон и сниженный аппетит. Помещение в клинике несколько успокаивает их, чаще потому, что появляется дополнительная возможность проведения анализов. Отличаясь выраженной фиксацией на болезни, они тем не менее в социальном плане гораздо активнее других больных нозофобиями.

Динамика этого синдрома характеризуется доста-

точно быстрым появлением различных вторичных страхов, снижением настроения и ипохондрией. При длительном течении заостряются такие личностные черты, как тревожная мнительность и эгоцентризм. Но больные продолжают работать по специальности, даже продвигаются по службе, сохраняя необходимые для этого контакты.

Характерным для больных с обсессивно-компульсивными фобиями является то, что фобии внедряются в сознание больных, несмотря на очевидную их нелепость, и продолжают существовать вопреки всем попыткам избавиться от них. Вскоре возникают ритуальные действия разной степени интенсивности и сложности, всегда мучительные, однако приносящие некоторое, хотя и кратковременное, облегчение. Состояние больных определяет не столько непосредственный страх какой-то ситуации или объекта, сколько воображаемый страх связанных с ними последствий. Именно здесь наблюдаются те стадии течения фобии, которые описаны Н. М. Асатиани (1985). Фобии сопровождаются чувством подавленности, иногда безысходности.

У больных с мизофобией страх загрязнения обычно сопровождается очень частым и длительным мытьем рук с мылом, протиранием их спиртом, ежедневной стиркой белья и сменой белья и обуви. Исполнение таких ритуалов приносит облегчение лишь на короткий срок. Попытки не выполнять ритуальные действия приводят к резкому усилению тревоги, подавленности, напряжения. Исполнение же ритуала хотя и облегчает самочувствие, но и в то же время вызывает отрицательную реакцию в виде досады, чувства беспомощности, озлобления по отношению к себе за неспособность преодолеть недуг. Декомпенсируют и приводят больных в клинику не сам страх и сопровождающие его ритуальные действия, а безысходность положения, из-за которого все время уходит на выполнение ритуалов, а на остальные необходимые дела его почти не остается. Этому же способствуют фактическая беспомощность, подавленное настроение, а также боязнь того, что окружающие могут заметить болезненные «ненормальные» проявления. Помещение в клинику почти не изменяет частоты производимых ритуалов. Пациенты стараются скрывать свои болезненные переживания и проявления, объясняя это боязнью, что их могут принять за психически больных.

К этой же группе фобий относится ряд контрастных навязчивостей [Соколова Т. Н., 1974], содержание которых прямо противоположно истинным эмоциональным и морально-этическим установкам больных при понимании болезненного их характера и критическом отношении к ним. В этих случаях преобладает выраженный страх возможного выполнения опасных или нелепых действий (например, навязчивый страх убить кого-либо из близких, нанести увечья своим детям и др.). Компонент побуждения при этом выражен рудиментарно.

При указанных состояниях страх возникает, когда больные остаются наедине с детьми. При этом появляются выраженная тревога и беспокойство. В представлении больных возникают сцены возможных пагубных действий и картины их последствий, а также состояние ужаса и отчаяния, которое может их охватить после содеянного.

Основному содержанию обсессивно-компульсивных фобий сопутствует боязнь острых предметов, веревок, белья, т. е. того, что может стать средством исполнения навязчивого побуждения. Больные доказывают себе, что их желания нелепы, но это самоубеждение не успокаивает. Поэтому они стараются не оставаться наедине с детьми, стремятся к тому, чтобы кто-либо из посторонних был вместе с ними. Присутствующий человек должен быть сильнее физически, чтобы защитить ребенка в случае необходимости.

В клинике эти больные чувствуют себя сразу легче и спокойнее, что может быть объяснено отсутствием объекта страха и непосредственной травмирующей ситуации.

Невротические фобии встречаются при различных формах неврозов. По данным Э. А. Карандашевой (1976), при истерии наблюдалось 14 видов фобий, при неврозе навязчивых состояний — 13 и при неврастении — 4 вида.

Основные особенности невротических фобий наиболее полно и рельефно выступают при неврозе навязчивых состояний. При этой форме фобии устойчивы во времени и однообразны по фабуле. Наблюдается некоторое снижение общего фона настроения. Хотя больные активно ищут помощи, но в то же время подробно рассказывают врачу о своих переживаниях лишь при хорошем психотерапевтическом контакте.

Фобии при истерии встречаются реже, чем при неврозе навязчивых состояний. Чаще наблюдаются разного рода фиксированные страхи, развивающиеся под воздействием острых неприятных впечатлений. Навязчивые страхи при истерии отличаются нестойкостью, зависимостью от малейших изменений окружающей ситуации, изменчивостью, демонстративностью с подчеркиванием тяжести и необычности страдания.

Фобии при неврастении, так же как и при истерии, встречаются нечасто. На фоне ведущего неврастенического симптомокомплекса навязчивые страхи (чаще нозофобии) выступают только как дополнительный сопутствующий симптом. Не отличаясь стойкостью и такой яркостью и выразительностью, как при неврозе навязчивых, состояний, они имеют тенденцию к последующей ипохондризации.

Значительные затруднения нередко возникают в дифференциальной диагностике фобий при неврозах, органических заболеваниях головного мозга и в особенности при вялотекущей шизофрении. В уже упомянутой работе Е. К. Яковлевой описываются больные с мизофобией, психогенно обусловленной, но развившейся на фоне энцефалита. Фобия вначале выступала как навязчивое состояние, больные боролись с ней, заставляя себя прекращать мытье, понимая всю его бессмысленность. Но постепенно на фоне основного болезненного состояния — энцефалита — фобия принимала характер доминирования и насильственности. Больной уже не боролся с мыслями о необходимости длительного мытья и страдал уже не от того, что у него имеются мысли о загрязнении, а от отсутствия необходимых для мытья условий. Не отмечалось и переживания этих навязчивостей. Как только возникали подходящие обстоятельства, больной продолжал совершать привычный ритуал.

Для дифференциального диагноза важна динамика фобий при шизофрении [Наджаров Р. А., Смулевич А. Б., 1983; Смулевич А. Б., 1987]. Через несколько лет после их появления фобии становятся инертными, в определенной мере систематизированными вследствие раннего присоединения однообразных моторных и идеаторных ритуалов. При этом происходит быстрое побледнение аффективной окраски фобий, утрачивается компонент борьбы с навязчивыми страхами независимо от их тяжести. В дальнейшем стремление к выполнению ритуалов начинает доминировать, приобретая сверхценный характер.

Ряд других клинических признаков, имеющих дифференциально-диагностическое значение, был указан выше при описании обсессивного синдрома.

В связи с соматизацией психической патологии значительные трудности все чаще представляет дифференциальная диагностика невротических и эндогенных фобий, дебютирующих выраженными соматовегетативными расстройствами. Н. Д. Лакосина и соавт. (1986), указывая на характерную для невротических фобий последовательную смену в их структуре относительно самостоятельных вегетативного, сенсомоторного, аффективного и обсессивного симптомокомплексов (с большей выраженностью двух первых), детально описывают структуру эндогенных фобий, характерных прежде всего для малопрогредиентной шизофрении. При последних формально наблюдались те же симптомокомплексы, однако они не были изолированными, сливались в едином расстройстве, не определяли клинической картины; основу их составляли ощущения собственной измененности, соответствовавшие деперсонализации: нереальность, чуждость, странность, трудности вербализации, отсутствовали сомнения в переживаемом и борьба со своими ощущениями. В дальнейшем в клинической картине появлялись также типичные для проявления деперсонализаций расстройства, как аллопсихические и соматопсихические. Авторы дают подробное описание психопатологического содержания деперсонализации, свойственной эндогенным фобиям, представляющее большой дифференциально-диагностический интерес.

ИПОХОНДРИЧЕСКИЙ СИНДРОМ

Ипохондрия — неадекватное отношение к своему здоровью — в той или иной степени выраженности наблюдается при всех невротических состояниях. При каждом неврозе существует меньший или больший ипохондрический компонент. Частота ипохондрических проявлений при неврозах возрастает в связи с изменением их клинической картины, той ролью, которую в ней все больше играет нейросоматическая симптоматика и ее психопатологическая перестройка.

Одно из наиболее точных определений ипохондрии принадлежит С. С. Корсакову (1913): «Ипохондрией называется такая болезнь, которая выражается чрезмерным страхом за свое здоровье, сосредоточением внимания

на представлениях, относящихся к собственному здоровью, — наклонность приписывать себе болезни, которых нет». В Международной статистической классификации болезней, травм и причин смерти 9-го пересмотра под ипохондрией понимается чрезмерная озабоченность собственным здоровьем, целостностью и функционированием какого-либо органа или реже озабоченность состоянием своих умственных способностей. Обычно она сочетается с тревогой и депрессией.

Подавляющее большинство современных авторов рассматривают ипохондрию в качестве синдрома, встречающегося при широком круге нервно-психических заболеваний. Учитывая собирательный характер понятия ипохондрии, представляется важным дифференцированное рассмотрение структуры клинических проявлений этого синдрома.

А. И. Плотичер (1974) подразделяет ипохондрии на истинные и параипохондрии, а истинные в свою очередь — на сенсогенные и идеогенные в зависимости от закономерностей в последовательности развития ипохондрического синдрома. В случае сенсогенной ипохондрии первичными являются сенсорные расстройства, которые в дальнейшем подвергаются той или иной переработке. Во втором случае у больного первоначально возникают ложные представления о своем здоровье, а затем это находит отражение в сенсорной сфере либо, по мнению автора, может совсем в ней не отражаться, оставаясь в сфере тревожных представлений.

Еще ранее, как отмечают в своем обзоре А. Б. Смулевич и соавт. (1984), K. Leonhard (1959) писал об идеоипохондрии в тех случаях, когда ведущая роль принадлежит идеаторным процессам, и о сенсоипохондрии, в картине которой на первый план выступают разнообразные патологические ощущения, иногда предшествующие ипохондрической переработке. Авторы ссылаются также на W. Janzarik (1959), подчеркнувшего двойственность телесных сенсаций, которые сами могут быть источником для ипохондрической идеи или же вызываются ею.

В структуре ипохондрического синдрома при неврозах, как и при других нозологических формах, можно выделить несколько обязательных компонентов: неприятные или болезненные ощущения, эмоционально-аффективные нарушения и своеобразные расстройства мышления.

При так называемых чистых неврозах источником

неприятных, привлекающих внимание больного ощущений являются, как правило, физиологические изменения соматических функций, обусловленные такими нормальными актами, как еда, сон, физическая нагрузка, а также эмоциональным напряжением. Нередко источником этих патологических ощущений выступают стертые, незначительно выраженные соматические изменения, сопутствующие неврозу. Они приобретают особую актуальность, включаясь в сложную структуру ипохондрического синдрома. Указанные физиологические изменения в сочетании с тревожной мнительностью, вызванной чрезмерной заботой о своем здоровье, тенденцией к постоянному контролю за деятельностью внутренних органов, создают основу для формирования невротической ипохондрии. Больные предъявляют упорные полиморфные жалобы на необычные болезненные ощущения в различных частях тела.

С. А. Ровинская (1974), исследовавшая особенности сенсорных нарушений у больных с неврозами и неврозоподобными состояниями, обусловленными органическими поражениями лимбических систем, отмечает, что парестезии встречаются при неврозах чаще, чем при органических поражениях, по топографии они диффузны, тотальны либо локализуются в разных участках тела и конечностей. В отличие от большинства авторов она указывает, что у больных неврозами с ипоходрическим синдромом встречаются и сенестопатии, однако по сравнению с сенестопатиями у больных с органическим поражением головного мозга они имеют более однообразное качество ощущений у одного и того же больного и не столь мучительны и ярки. Что касается топографии, то сенестопатии при неврозах более четки, часто проецируются на внутренние органы. Подчеркивается также чаще алгический характер сенестопатий при неврозах, их локальность; особенности их адекватно и понятно отражаются в жалобах больных («боли в области сердца», «переливание в желудке», «неприятное покалывание в височной области» и др.).

Для клинической картины неврозов весьма характерны описанные в различные периоды ипохондрические симптомокомплексы: «ипохондрия родителей» и «ипохондрия детей» (в первом случае это проявление чрезмерной заботы родителей о здоровье детей, во втором — чрезмерная боязнь детей за состояние здоровья родителей), конформные ипохондрии — индуцированные, например, со-

седями по палате, в клинической картине которых значительно выражены ипохондрические проявления, «ятрогенные ипохондрии» и др.

В структуру невротической ипохондрии всегда включаются некоторое снижение настроения, разной степени выраженности состояния тревоги и страха, а также фиксированные, доминирующие, навязчивые и в редких случаях сверхценные идеи.

Если обычно наблюдающиеся при ипохондрическом синдроме эмоционально-аффективные нарушения на определенном этапе развития болезненного состояния выступают на первый план, то говорят о тревожно-ипохондрическом, депрессивно-ипохондрическом (имея в виду невротическую депрессию) и фобически-ипоходрическом синдромах. Другими распространенными вариантами сочетаний ипохондрического синдрома являются астеноипохондрический и обсессивно-ипохондрический.

Ипохондрические проявления представляют собой прежде всего невротическую ипохондрическую переработку столь типичных для современных форм неврозов нейровегетативных и нейросоматических расстройств. Важным источником ипохондрических интерпретаций в клинике сейчас являются мучительные ощущения и переживания, испытанные больными во время вегетативных кризов.

В исследованиях последнего десятилетия [Калачев Б. П., Даренский И. Д., 1983; Калачев Б. П. и др., 1984] подчеркивается, что ипохондрический синдром, встречающийся при разных формах неврозов, особую выраженность приобретает на этапе невротического развития. При клинико-катамнестических исследованиях не получено убедительных данных о целесообразности выделения ипохондрических расстройств в качестве самостоятельной формы ипохондрического невроза. Во всех наблюдениях сформировавшийся ипохондрический синдром был этапом невротического развития основных форм неврозов. Ряд авторов по-прежнему выделяют то в виде самостоятельной формы, то в качестве варианта невротического развития ипохондрическое развитие личности [Семенова-Тян-Шанская Н. В., 1980, и др.].

Как при неврастении, так и при истерии ипохондрические проявления наблюдаются чаще всего в структуре астеноипохондрического, астенодепрессивного синдромов, реже в виде фобий с ипохондрическим содержанием (чаще кардиофобий). Для больных неврастенией весьма типична гиперестезия и гиперпатичность в отноше-

нии внутренних органов с тревожно направленным на них вниманием, с нарушенным общим самочувствием, дисфорическим фоном настроения и чрезмерной заботой о своем здоровье. Справедливо отмечает Л. Л. Рохлин (1956), что несравнимы страдания от «мнимой» болезни ипохондрика и позирование этим страданием истерического психопата, проявляющегося в яркой экспрессии, манерности, демонстративности, т. е. в поведении, обусловленном истерическими особенностями личности. Это верно, если речь идет об истерической психопатии, и в меньшей степени относится к современным формам истерических неврозов с ипохондрической переработкой часто выраженных нейросоматических нарушений.

У больных с неврозом навязчивых состояний ипохондрические расстройства проявляются прежде всего в форме более стойких ипохондрических фобий. В случае, когда невроз навязчивости возникает у больных с психастеническими тревожно-мнительными чертами характера, ипохондрическая симптоматика представлена особенно выразительно, поскольку психастенический склад личности является основным «поставщиком» ипохондрии.

Для больных неврозами с ипохондрическим синдромом в целом характерны активная борьба личности с болезнью, четкое выделение и словесное обозначение больными своих симптомов.

При неврозах, развившихся на фоне остаточных явлений органических заболеваний головного мозга или при сочетании неврозов с органической церебральной патологией преимущественно диэнцефальной локализации, ипохондрический синдром выступает как сенестопатически-ипохондрический. В то время как у больных с чистыми неврозами одним из основных компонентов ипохондрического синдрома являются ощущения, обусловленные постоянным прислушиванием к деятельности «пораженного органа» или физиологическими изменениями в деятельности различных органов и систем, то в случае сенестопатически-ипохондрического синдрома таким компонентом являются сенестопатии. При этом сенестопатии выступают в виде полиморфных ощущений (термических, патологических ощущений натяжения и спазмов и др.).

Наибольшей степени выраженности сенестопатически-ипохондрический синдром достигает у больных с органическими поражениями головного мозга — энцефалитами, диэнцефалитами, арахноэнцефалитами — заболеваниями, нарушающими связи глубинных образований

мозга (лимбической системы) с внутренними анализаторами [Лещенко А. Г., 1966; Бледнова О. Ф., 1970; Бобров А. С., 1975; Михайлова К. В., 1979, и др.].

Основой развития ипохондрического синдрома в этих случаях являются тягостные и разнообразные патологические ощущения в виде необычных болевых ощущений, парастезий, сенестопатий, нарушений схемы тела и др. и выраженные астеновегетативные расстройства.

Сенестопатии чаще локализуются в области головы («голова как будто раскалена», «зуд внутри черепа», «чувство прогревания в лобных долях», «ощущения колыхания, пульсации мозга») либо в других частях тела. Особенно мучительными бывают парастезии и сенестопатии генерализованного характера («стягивает все тело», «ощущение прохождения тока через тело», «все тело жжет, словно крапивой»).

При длительном неблагоприятном течении органического заболевания наблюдается так называемый ипохондрический сдвиг личности. В этих случаях изменяется все поведение больных: они разрабатывают для себя и строго придерживаются особого режима поведения — щадящего и одновременно активирующего, посещают врачей, проводят различные самые современные исследования, стремятся попасть на лечение в центральные медицинские учреждения. В структуре личности при этом нередко появляются психастеноподобные и истероподобные черты.

В отдельных случаях наличие мучительных сенестопатий становится причиной того, что больной настойчиво требует оперативного вмешательства (так, например, при синдроме Мюнхаузена). В сенестопатически-ипохондрическом синдроме сенестопатии всегда сочетаются с выраженными аффективными нарушениями, чаще принимающими характер тревоги и пароксизмов страха, а также с тяжелыми фобиями. Патологические идеи в рамках сенестопатически-ипохондрического синдрома, будучи образными и чувственно-конкретными, выступают в виде сверхценных идей и обсессий ипохондрического содержания.

Значительные трудности могут возникнуть при дифференциальной диагностике ипохондрических проявлений у больных неврозами и вялотекущей неврозоподобной формой шизофрении. Ипохондрическому синдрому в рамках шизофрении, как подчеркивают многие авторы [Бледнова О. Ф., 1970; Бобров А. С., 1975; Наджаров Р. А.

и др., 1988, и др.] свойственны обильные сенестопатии, приобретающие иногда мучительный характер. Для патологических ощущений и жалоб больных шизофренией типичны прежде всего необычность, причудливость жалоб («половинки мозга находят одна на другую» и др.). Они расплывчаты и лишены, как правило, определенной локализации, монотонны и стереотипны. Все это отличает их от более ярких, разнообразных патологических ощущений при органических заболеваниях головного мозга (в особенности при поражениях лимбической области нейроинфекционного происхождения) и обычно более четких по характеру, обусловленных ипохондрической переработкой вполне определенных по локализации соматических ощущений, симптомов у больных неврозами («замирает сердце», «прекращается дыхание», «онемел висок»). Для больных ипохондрической формой шизофрении более типичными симптомами, появляющимися задолго до возникновения сенестопатий, могут быть снижение интереса к окружающему, наплывы мыслей, расстройство настроения с угрюмостью, раздражительностью и недовольством окружающим.

Ипохондрическая симптоматика при шизофрении часто проявляется в виде дисморфофобических явлений, повышенного внимания к своему физическому состоянию. Болезненную убежденность в каком-либо мнимом или чрезвычайно преувеличенном недостатке собственной внешности при упорном стремлении этот «недостаток» исправить М. В. Коркина и соавт. (1986) предлагают называть дисморфоманией, полагая, что это название точнее отражает сущность психопатологического расстройства. Наблюдается сочетание ипохондрической симптоматики с бредовой и появление в динамике заболевания процессуальных изменений личности. Вместе с тем эмоциональная сохранность и социальность очень долго держатся именно при ипохондрической форме шизофрении, являясь одним из важных отличий ее по сравнению с другими формами этого заболевания.

При дифференциальной диагностике между ипохондрическими расстройствами эндогенно-процессуального характера и психогенной ипохондрией следует помнить об описанном А. Б. Смулевичем (1963) ипохондрическом типе псевдопсихопатии. Одни из этих пациентов неукоснительно и точно выполняют все медицинские назначения, другие с «ипохондрией здоровья» постоянно заботятся о своем состоянии, разрабатывая целую систему

соответствующих мероприятий. При отсутствии убедительной процессуальной симптоматики ипохондрический тип псевдопсихопатии иногда приходится дифференцировать от исходов неврозов в виде резидуальных невротических изменений, описываемых, в частности, Н. М. Асатиани и соавт. (1984), Л. Н. Касимовой (1986) и др. Эти больные тщательно соблюдают гигиенические правила, ограничивают эмоциональные нагрузки, категорически отказываются от вредных привычек (курение, алкоголь) во имя здоровья и т. д.

Необходимо подчеркнуть, что если в начале формирования ипохондрического синдрома при шизофрении связанные с ним эмоциональные нарушения (страх, тревога) значительно выражены, то в дальнейшем они слабеют, становятся неадекватными, что существенно отличает их от эмоциональных нарушений, сопутствующих ипохондрии при неврозах и органических заболеваниях головного мозга, где они соответствуют степени выраженности синдрома.

Возрастают также трудности дифференциальной диагностики между неврозами с ипохондрическим синдромом и ипохондрической переработкой соматических жалоб при скрытых, маскированных, вегетативных депрессиях, о клинических проявлениях которых будет сказано ниже.

СИНДРОМ НЕВРОТИЧЕСКОЙ ДЕПРЕССИИ

Термин «невротическая депрессия» был введен в клиническую практику E. Kraepelin в 1895 г. В обширной отечественной и особенно зарубежной литературе указанный симптомокомплекс описывается так же, как непсихотическая, неэндогенная, реактивная (ситуационная), личностная депрессия и пр. Повышение интереса к невротической депрессии в последний период объясняется тем, что характерной особенностью современной клинической картины неврозов [Лакосина Н. Д., 1970; Крыжановский А. В., 1974; Карвасарский Б. Д., 1980; Телешевская М. Э., 1988, и др.] является доминирование эмоциональных расстройств, проявляющихся, в частности, в тенденции к формированию [Трегубов Л. З., 1980; Подкорытов В. С., 1981, и др.] симптомов невротической депрессии, в особенности при затяжных формах неврозов. На возможность формирования невротической депрессии как этапа невротического развития указывает Н. Д. Лакосина (1974). Отношение к выделению невротической

депрессии в качестве отдельной формы невроза различно. Если в «Международной статистической классификации болезней, травм и причин смерти 9-го пересмотра» она выделяется в качестве самостоятельного депрессивного невроза (шифр 300.4), то в последней американской классификации психических болезней (DSM-III) невротической депрессии нет (осталась только ситуационная депрессия).

Широкий диапазон депрессивных проявлений от чисто психологических состояний в пределах нормы через невротическую и реактивную депрессии до циклотимии и маниакально-депрессивного психоза в условиях возрастающего числа больных со стертыми депрессиями приводит часто к непреодолимым трудностям при дифференциации депрессивных проявлений в рамках той или иной нозологической формы. Между тем такая дифференциация совершенно необходима для проведения патогенетически обоснованной терапии. Смещение стертых психотических форм «депрессий без депрессий» с непсихотическими невротическими чревато значительным риском недооценки реальной тяжести состояния, так как эти формы, симптоматически почти не выраженные, остаются в своей основе психотическими и, следовательно, характеризуются значительной глубиной психической дезорганизации [Савенко Ю. С. и соавт., 1974].

Синдром невротической депрессии всегда возникает психогенно и в своих проявлениях отражает психотравмирующую ситуацию. Основным компонентом его является сниженный фон настроения, не доходящий до степени тоски. Сниженное настроение обычно сочетается с выраженной эмоциональной лабильностью, нередко с астенией, легкой тревогой, ухудшением аппетита и бессонницей. Пессимистическое отношение больного к окружающему носит не генерализованный характер, а ограничено лишь зоной конфликтной ситуации. Больной понимает связь своего состояния с переживаемыми психотравмирующими моментами, имеется выраженный компонент борьбы с болезнью, стремление к изменению психотравмирующей ситуации. Суточные колебания настроения отсутствуют, хотя иногда к вечеру под влиянием утомления ухудшается и настроение. Нет психической и моторной заторможенности, идей самообвинения, суицидальных тенденций. Симптомы невротической депрессии не столь стойки; такие сопутствующие соматические нарушения, как снижение аппетита и нарушение сна, слабее выраже-

ны, более динамичны и легче поддаются лечению, чем при эндогенной депрессии. Отсутствуют сезонные колебания.

К отмеченному следует добавить также достаточную экспрессивность мимики пациента; выражение лица и пантомимика отражают депрессию только в связи с упоминанием или обсуждением психотравмирующей проблематики и исчезают при отвлечении внимания больного и переключении его на другие темы. Снижение самооценки, характерное для эндогенной депрессии, здесь менее выражено. Висцеральновегетативная симптоматика носит более глубокий характер и нередко чередуется в динамике невроза с психопатологическими нарушениями.

Описанные проявления невротической депрессии встречаются при различных формах неврозов и часто сочетаются с другими невротическими симптомами. Депрессивный аффект, являясь основным в картине болезни, выступает в виде тревожно-депрессивного, астенодепрессивного, фобически-депрессивного и ипохондрически-депрессивного синдромов.

В проявлениях невротической депрессии в рамках истерического невроза более отчетливо могут выступать элементы демонстративности, позы, игры и другие особенности яркой внешней экспрессии, характерные для истерической личности.

Однако истерические проявления при невротической депрессии нееобходимо отличать от ярких истерических форм реактивных депрессий. Как отмечает Э. Б. Дубницкая (1979), при этих формах обращает на себя внимание резкое несоответствие между массивностью проявлений депрессии и сравнительно небольшой дезадаптацией больных. Будучи мотивированными на какие-либо действия, они могут «взять себя в руки», решить все необходимые вопросы.

Для реактивной (ситуационной) депрессии, от которой невротическую депрессию необходимо дифференцировать, также характерны «психологическая понятность переживаний», отражение в переживаниях и высказываниях больных психотравмирующих патогенных факторов. Однако в отличие от депрессии при неврозах в выраженных случаях реактивной депрессии психопатологическая симптоматика достигает степени реактивного психоза, депрессивный же аффект может характеризоваться тоской, подавленностью, заторможенностью или, напротив, двигательным возбуждением, сужением сознания, идеями

самообвинения сверхценного характера, суицидальными мыслями и другими признаками депресии психотического регистра [Танчев О., 1985].

Психогенные факторы могут провоцировать и приступы эндогенной депрессии [Наджаров Р. А., 1968; Вовин Р. Я., Аксенова И. О., 1982]. Поэтому появление типичных суточных колебаний настроения, деперсонализации при постепенном исчезновении переживаний ситуационного характера может свидетельствовать в пользу психогенно спровоцированной циркулярной депрессии.

Необходимо подчеркнуть, что у отдельных больных с невротической депрессией могут отчетливо выступать черты эндогенизации, и тогда она приближается к эндореактивной дистимии, описанной H. J. Weitbrecht (1954).

В качестве схемы для целей дифференциальной диагностики невротической и психотической депрессий могут быть использованы диагностические критерии, предложенные M. Breulet (1972). К симптомам психотической депрессии он относит следующие признаки: 1) грубую дезорганизацию личности с отрывом от реального мира; 2) часто неожиданное возникновение психотического состояния; 3) наличие анозогнозии; 4) желание смерти как наиболее патогномоничный синдром, который не всегда выражен, но всегда может быть выявлен; 5) бредовые идеи самоуничижения, виновности и т. д.; 6) наследственную отягощенность аффективными нарушениями; 7) маниакальные «виражи» в анамнезе у больного; 8) положительный эффект от применения электрошоковой терапии; 9) рецидивирующее течение.

Для невротической депрессии характерны: 1) сохранность основных качеств личности; 2) психогенное, психологически понятное возникновение и течение; 3) нозогнозия; 4) амбивалентное отношение к суицидальным мыслям; 5) наличие в динамике развития клинической картины фобий, обсессивных и иногда выраженных истерических расстройств. Нельзя не согласиться с автором, что перечисленные признаки имеют не абсолютное дифференциально-диагностическое значение; при атипичном течении отдаленные симптомы могут встречаться в клинической картине противоположных видов депрессий.

Особые трудности возникают при отграничении невротической депрессии от маскированной депрессии (термин ввел в литературу в 1973 г. P. Kielholz), при которой на первый план выступают соматические симптомы. Большинство психиатров для ее обозначения используют

также понятия скрытых, ларвированных, соматизированных, вегетативных, амбулаторных депрессий, депрессивных эквивалентов и др. До сих пор спорным остается вопрос о нозологической оценке маскированных депрессий. Одни авторы относят их к кругу циклотимии [Десятников В. Ф., Сорокина Т. Т., 1981; Носачев Г. Н., Павлова И. И., 1984; Pichot P., Hassan J., 1973, и др.], т. е. маниакально-депрессивному психозу, другие к аффективным расстройствам более широкого спектра [Ануфриев А. К., 1978; Walcher W., 1969, и др.].

Внешние поведенческие характеристики, столь типичные для классических форм психотической депрессии, не могут служить надежным дифференциально-диагностическим признаком при скрытых депрессиях. Как пишут Ю. С. Савенко и соавт. (1974), экспрессия этих больных лишена скорби, ажитации, беспокойства; депрессия может выступать в виде «смеющейся депрессии». Яркость, динамизм, изменчивость, отмечают авторы, являются выражением интенсивной, но в то же время поверхностной дезорганизации, присущей прежде всего невротическим депрессивным состояниям.

Больные с маскированной депрессией и суицидальными тенденциями являются группой повышенного риска совершения суицида, что приобретает особое значение в связи с трудностями их диагностики и дифференциальной диагностики с невротическими депрессиями.

J. Glatzel (1973) — автор, широко известный своими исследованиями в области скрытых депрессий, говоря о трудностях дифференциальной диагностики этих форм, указывает, что в их клинической картине классические симптомы психотической депрессии могут отсутствовать или даже на первый план выступают другие психопатологические проявления. Так, в клинической картине скрытых депрессий тоскливое настроение может не играть решающей роли. На первый план выступают многочисленные нарушения телесного чувства, которые и приводят часто больных к терапевтам, хирургам, гинекологам и другим специалистам. Практически, — пишет он, — нет ни одного органа, который не затрагивается при скрытой депрессии, ни одной болезни, с которой она бы не смешивалась. Особенно трудны для своевременной диагностики случаи моносимптоматической скрытой депрессии, длительно протекающей в виде соматического заболевания с довольно очерченным фиксированным симптомом. Такие же трудности нередко представляют со-

бой так называемые вегетативные депрессии с преимущественным нарушением телесного чувства.

H. Edgell (1972) сообщает о 150 больных с депрессиями, которым было произведено 740 терапевтических и хирургических обследований; в половине случаев психиатрами в дальнейшем были диагностированы ларвированные депрессии.

При дифференциальной диагностике невротической депрессии с неврозоподобными формами шизофрении с депрессивной симптоматикой необходимо иметь в виду, что для последней (наряду с другими уже упоминавшимися ранее признаками) характерна слабая выраженность тоски и значительная — апатии.

Глава 3. СОМАТИЧЕСКИЕ И ДРУГИЕ РАССТРОЙСТВА ПРИ НЕВРОЗАХ

СИНДРОМ ВЕГЕТАТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ

Вопрос о вегетативных нарушениях в клинической картине неврозов тесно связан с понятием так называемой вегетодистонии, введенным в клиническую практику B. Wichmann на основании известных работ H. Eppinger, L. Hess (1909). В дальнейшем для обозначения нарушений центральной нервно-вегетативной регуляции и функциональных нарушений нервной системы с доминирующими вегетативными расстройствами использовались многочисленные термины: «нейроциркуляторная астения» [Oppenheim H., 1918], «диэнцефалоз» [Ратнер Я. А., 1929,], «нарушение равновесия вегетативной нервной системы» [Кессель Ф. К., 1941], «вегетоз» и «вегетопатия» [Маркелов Г. И., 1948], «вегетативные дисфункции» [Боголепов Н. К., 1954], а также «вегетативно-сосудистая дистония», «вегетативная дизрегуляция», «нейроциркуляторная дистония», «вегетативная стигматизация», «вегетативная неустойчивость», «вегетативный невроз» или «вегетоневроз», «вазомоторный невроз», «ангионевроз», «кортико-висцеральный невроз» и др. К этому ряду обозначений примыкают термины, указывающие на преимущественное нарушение функций внутренних органов — «органоневрозы» («невроз сердца», «невроз желудка», «невроз дыхания» и др.).

За небольшим исключением, весь этот перечень обозначений преимущественно функциональной вегетативной патологии до настоящего времени можно встретить как

в научной литературе, так и в историях болезни практических врачей, поскольку трудно привести убедительные доводы в пользу применения какого-либо одного из указанных терминов, хотя такие попытки периодически и делались.

Недостаточно правомерными представляются попытки выделения вегетативной дистонии в качестве нозологической формы вегетативной патологии, а также нейроциркуляторной дистонии в виде самостоятельного заболевания [Покалев Г. М., Трошин В. Д., 1986]. Дискуссионным является предложение относить к вегетососудистой дистонии расстройства, обусловленные изменением симпатической и парасимпатической иннервации, а к нейроциркуляторной дистонии — расстройства, обусловленные изменениями тонуса сосудов и их реактивности.

По существу во всех этих случаях речь идет прежде всего о политэтиологических и довольно полиморфных нарушениях центральной нервно-вегетативной регуляции, которые в связи с задачами лечебной практики целесообразно рассматривать в рамках: 1) вегетативной дистонии психогенной (невротической) природы; 2) вегетативной дистонии функционального характера непсихогенной природы (например, соматогенно обусловленной); 3) вегетативной дистонии при органических заболеваниях центральной нервной системы. Таким же образом могут быть классифицированы пароксизмальные нарушения вегетативной регуляции, возникающие на фоне вегетативной дистонии, — вегетативные кризы, или пароксизмы.

Для современной клиники неврозов весьма характерны и вегетативные дистонии, и вегетативные кризы, клинические проявления которых, как и сами неврозы, имеют функциональный характер.

О. А. Колосова (1974), Г. М. Дюкова (1977), А. М. Вейн, О. А. Колосова (1987) указывают, что при неврозах возможны перманентные вегетативные нарушения, пароксизмальные вегетативные расстройства, а также сочетанные перманентно-пароксизмальные сдвиги. Вегетативные нарушения могут иметь симпатическую, парасимпатическую и смешанную направленность. Отмечается, что у всех больных неврозами выделяется вегетососудистая дистония, главным образом перманентная и перманентно-пароксизмальная.

При симпатикотонии у больных неврозами той или иной степени выраженности представлены следующие

симптомы: учащение пульса, повышение артериального давления, бледность и сухость кожных покровов, уменьшение саливации, сухость во рту, усиление пиломоторного рефлекса («гусиная кожа»), тенденция к повышению температуры тела, зябкость конечностей и др. Кроме того, для симпатикотонии типичен ряд дополнительных показателей: усиление ортостатической пробы, отрицательный рефлекс Даньини — Ашнера, белый дермографизм.

Для вегетососудистой дистонии с преобладанием тонуса парасимпатического отдела, которая встречается при неврозах значительно реже симпатикотонии, наоборот, характерны замедление пульса, понижение артериального давления, повышение саливации, усиление перистальтики кишечника, покраснение кожи, выраженный длительный красный дермографизм.

Следует подчеркнуть, что состояния «тотальной» симпатикотонии и парасимпатикотонии при неврозах встречаются редко. Как правило, речь идет о смешанных расстройствах, при которых преобладают нарушения симпатического или парасимпатического отдела вегетативной нервной системы. Чаще встречаются расстройства симпатического отдела.

Использование понятий «симпатикотония» и «парасимпатикотония» является здесь в известной степени условным, главным образом вследствие распространенности этих обозначений. Необходимо при этом учитывать подчеркиваемый многими авторами не столько факт повышения или понижения тонуса одного из отделов вегетативной нервной системы при нарушениях нейровегетативной регуляции, сколько необычную лабильность одного или нескольких звеньев системы кора — гипоталамическая область — ретикулярная формация мозга [Куцемилова А. П., 1969, и др.].

Нередко у больных неврозами на фоне описанных проявлений вегетативной дистонии наблюдаются вегетативные кризы. Обычно нетрудно установить взаимосвязь между развитием криза и эмоциональным напряжением. Последним в значительной мере определяется и частота кризов, которая может быть самой различной. Наши наблюдения совпадают с данными других авторов о том, что вегетативные кризы при неврозах наблюдаются обычно не чаще 1—2 раз в месяц при средней продолжительности криза от 10 до 30 мин. Лишь в отдельных случаях, требующих особо тщательной дифференциаль-

ной диагностики с вегетативными пароксизмами органического генеза, у больных неврозами наблюдаются более частые (до ежедневных) и более продолжительные (до нескольких часов) вегетативные пароксизмы.

Вегетативные кризы могут быть симпатико-адреналовыми, вагоинсулярными и смешанными. Симпатико-адреналовые кризы выражаются в учащении пульса, появлении боли и неприятных ощущениях в области сердца, головной боли, сухости во рту, повышении артериального давления, бледности кожных покровов, онемении и похолодании конечностей, ознобе, полиурии. При вагоинсулярных кризах больные испытывают боль и «замирания» в области сердца, ощущение «перебоев», чувство давления в области грудной клетки, ощущение недостатка воздуха, головокружение, иногда удушье, неприятные ощущения в эпигастральной области, усиление перистальтики, тошноту, усиленное слюноотделение; отмечаются понижение артериального давления, гиперемия кожных покровов, ощущение жара, потливость, полиурия. При смешанных кризах либо с самого начала в структуре вегетативного пароксизма сочетаются симптомы, характерные для поражения симпатического и парасимпатического отдела вегетативной нервной системы, — «истинно» смешанные кризы [Вейн А. М., Колосова О. А., 1971], либо в динамике криза отмечаются две фазы: симпатическая и парасимпатическая.

Как правило, в структуру вегетативного криза включаются состояния тревоги и страха. При повторении кризов к этим нарушениям часто присоединяются вторичные аффективные расстройства в виде различных фобий (танато-, кардио-, инсульто-, лиссофобии и др.), подавленного настроения. Содержание и степень сложности фабулы указанных аффективных расстройств определяются каждый раз особенностями личности больных, а также ятрогенными воздействиями и другими факторами, обусловливающими невротическую декомпенсацию.

С учетом патоморфоза неврозов едва ли могут быть отмечены существенные различия в степени выраженности нервно-вегетативных и вегетативно-висцеральных расстройств при разных формах неврозов. В каждом отдельном случае это определяется прежде всего характером доминирующих в клинической картине синдромов. Значительно выраженная дистония и вегетативные кризы встречаются как у больных неврастенией, так и истерией и неврозом навязчивости.

Однако следует подчеркнуть, что в целом для больных истерией по сравнению с больными неврастенией и неврозом навязчивости характерна бóльшая диссоциация между степенью выраженности объективных проявлений вегетативной дистонии и степенью субъективной ее переработки, что обусловлено хорошо известными особенностями истерического характера (склонность к гиперболизации жалоб, демонстративность и др.). Некоторые авторы подчеркивают относительно большую частоту диэнцефальных и вегетативно-эндокринных сдвигов у больных истерией, с одной стороны, и вегетососудистых и вегетативно-висцеральных нарушений у больных неврастений — с другой [Долгопятов Г. Я., 1974, и др.].

П. Г. Куликов в нашей клинике изучал особенности вегетососудистой дистонии у больных неврозами по данным измерения кровяного давления в плечевых, височных и центральных артериях сетчатки (в последних оно исследовалось методом офтальмодинамометрии). В относительно спокойном состоянии кровяное давление в указанных артериях чаще всего соответствовало нормальным цифрам.

У больных неврозами с наклонностью к артериальной гипертензии изменения давления в плечевых, височных и ретинальных артериях в определенной мере обусловлены особенностями психологического типа больных. У лиц возбудимых, но с наклонностью к задержке аффекта (импрессивный тип реакций), в состоянии эмоционального напряжения давление повышается во всех трех звеньях сосудистой системы с некоторым преобладанием повышения в центральных артериях сетчатки. У лиц же, склонных во время эмоционального напряжения к отреагированию эмоций вовне, чаще через двигательную систему (экспансивный тип реакций), повышается преимущественно периферическое (плечевое) артериальное давление, тогда как в центральных артериях сетчатки оно остается практически неизмененным.

При различных клинических формах неврозов в зависимости от направленности эмоциональных реакций отмечаются следующие особенности в изменении артериального давления: у больных истерией в состоянии эмоционального напряжения регистрируется повышение артериального давления преимущественно в периферических (плечевых) артериях, в то время как в центральных артериях сетчатки оно мало изменяется. При неврастении артериальное давление повышается равномерно

во всех звеньях. При неврозе навязчивых состояний в условиях эмоционально-аффективного напряжения давление повышается во всех трех сосудистых системах, однако значительнее в ретинальных артериях.

В этой же работе отмечена наклонность к понижению артериального давления у больных неврозами с доминирующими астеноипохондрическими реакциями. Артериальное давление снижается главным образом в плечевых и в меньшей степени в височных артериях. Давление в центральных артериях сетчатки остается в пределах нормы.

Изучению клинических особенностей венозной церебральной дисциркуляции у больных неврозами посвящены работы М. Я. Бердичевского и сотр. [Бердичевский М. Я., Смирнова О. И., 1986; Смирнова О. И., 1987, и др.]. Согласно данным этих авторов, нарушения церебральной венозной гемодинамики клинически проявлялись ангиодистоническим синдромом или его сочетанием с гипертензионным. Диагностическим признаком церебральной венозной дисциркуляции являлось увеличение диастолического давления в центральной вене сетчатки наряду с исчезновением спонтанной пульсации центральной ретинальной вены под воздействием антиортостаза, определяющегося при венозной офтальмодинамометрии.

А. М. Вейн и О. А. Колосова (1987) указывают на особенности клинических проявлений вегетативных расстройств при неврозах, патологии гипоталамуса, височной эпилепсии и нейрогенных обмороках.

Для больных неврозами более типичны перманентно-пароксизмальные вегетативные нарушения, преимущественно симпатико-адреналового характера, затем идут смешанные и лишь в 10—20 % случаев регистрируются вагоинсулярные пароксизмы. При патологии гипоталамуса наблюдались также перманентно-пароксизмальные вегетативные расстройства, однако почти в половине случаев отмечались только перманентные сдвиги; чаще имели место симпатические либо смешанные кризы, для которых были характерны вовлечение практически всех висцеральных систем (при неврозах главным образом сердечно-сосудистой и дыхательной), нейроэндокринные сдвиги в виде нарушений жирового, водно-солевого, углеводного обмена, расстройств влечений. Вегетативные дисфункции у больных с височной эпилепсией обычно пароксизмального характера отличались стереотипностью и моносимптомностью. Для больных с нейрогенными об-

мороками более типичными были умеренно выраженные изменения парасимпатической направленности, реже симпатической.

Авторы, признающие самостоятельность диэнцефальной эпилепсии [Громов С. А., 1978, и др.], подчеркивают, что в отличие от вегетативных кризов при неврозах для припадка диэнцефальной эпилепсии характерны стереотипное его построение, строгое разграничение его начала и конца, определенная периодичность с более значительной выраженностью как симпатико-адреналовых, так и вагоинсулярных компонентов и выраженной астенией после припадка.

В плане дифференциальной диагностики представляют интерес данные А. М. Вейна (1986) о характере вегетативных расстройств в зависимости от локализации патологического очага в головном мозге. При поражении медиобазальных отделов височной доли обычно наблюдаются лишь пароксизмальные парасимпатические вегетативные нарушения, чаще всего моносистемного характера (кардиоваскулярные, желудочно-кишечные и др.). Патология ствола мозга проявляется главным образом вагоинсулярными кризами. Подчеркивается также, что симпатико-адреналовые кризы чаще возникают на симпатико-тоническом фоне, вагоинсулярные — на парасимпатико-тоническом, относительно реже встречаются обратные соотношения.

Дифференциальная диагностика вегетативных кризов у больных неврозами с другими вегетативными пароксизмами должна основываться также на учете особенностей психических проявлений в их структуре. М. И. Карпова (1974) предлагает разделять их на первичные и вторичные. К первичным относятся те компоненты пароксизма, которые являются непосредственным следствием церебрального процесса, в частности протопатические, безотчетные эмоции (тревога и др.). К вторичным психическим проявлениям, возникающим по типу психогенной реакции на переживание первичных сенсаций, относится реактивный страх, закономерно сопутствующий большинству вегетативно-висцеральных кризов.

Автор правильно указывает, что дифференциальная диагностика между истинными неврозами и диэнцефальными пароксизмами становится особенно затруднительной, когда первичные непсихогенно развившиеся диэнцефальные кризы на протяжении длительного времени формируют невротическую структуру болезни. Это

обусловлено особым характером вегетативных кризов: их внезапностью, ноцицептивным характером болезненных переживаний, в особенности при кризах, протекающих с нарушениями сердечно-сосудистой и дыхательной систем. Несмотря на многолетний опыт благоприятного исхода кризов, по мнению автора, каждый криз снова застает больного врасплох и вызывает страх, определяя на много лет образ жизни больного, формируя стойкие неврастенические, истерические и обсессивные явления.

Особенности вегетативных кризов у больных с астеническими, истерическими и обсессивно-фобическими формами невротического развития описаны в работе О. Ф. Панковой (1983). Для больных с астеническим развитием личности более характерны в психопатологическом плане эмоциональные и моторные расстройства, при истерическом развитии ведущими являются эмоциональные, моторные и сенсорные нарушения, у больных с обсессивно-фобическим развитием — эмоциональные, моторные и идеаторные компоненты криза; подчеркивается, что у больных с истерическим развитием личности центральное место постепенно занимают сенсорные (сенестопатические) расстройства, а при обсессивно-фобическом — идеаторные; на высоте криза последние в виде опасений о наличии тяжелого заболевания достигают в ряде случаев степени доминирующих и сверхценных идей.

Необходимо подчеркнуть, что ожидание кризов, сопутствующие ему эмоционально-аффективные сдвиги могут провоцировать возникновение вегетативных кризов органической природы. В связи с этим сама по себе взаимосвязь между эмоционально-аффективным состоянием больного и возникновением вегетативного криза не может служить надежным дифференциально-диагностическим признаком, указывающим на невротическую его природу. Необходим учет и других отмеченных выше клинических характеристик криза.

В настоящем разделе не рассмотрены такие клинические проявления вегетативных нарушений, как обменно-эндокринные, трофические, терморегуляционные расстройства, так как они наблюдаются при неврозах относительно редко (психогенные дисменореи, субфебрилитет и др.). Что же касается нарушений функций сердечно-сосудистой, дыхательной и других соматических систем, а также расстройств сна и головной боли, то, учитывая их частоту и самостоятельное клинико-тера-

певтическое значение, мы рассматриваем их в следующих разделах в виде отдельных невротических синдромов.

НЕВРОТИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ

Расстройства сердечной деятельности являются наиболее распространенной формой системных психогенных висцеральных нарушений [Карвасарский Б. Д., Простомолотов В. Ф., 1988].

По нашим данным, в качестве основных проявлений в клинической картине невроза они наблюдались у 335 из 2000 больных, т. е. в 16,7 % случаев. Однако число больных, у которых наряду с другими невротическими жалобами отмечаются симптомы нарушения сердечно-сосудистой системы, в целом значительно больше. Так, например, М. В. Струковская и В. Д. Тополянский (1980) указывают, что число больных, испытывающих те или иные неприятные ощущения в области сердца при отсутствии объективных данных поражения сердца и неизмененной ЭКГ, достигает не менее 40—50 % от общего числа пациентов, обращающихся к терапевтам с соответствующими жалобами.

Клиническая картина психогенных нарушений сердечной деятельности при всем ее многообразии представлена в виде следующих основных синдромов, нередко сочетающихся между собой: кардиалгического, нарушения сердечного ритма и сосудистой дистонии (артериальной гипертензии и артериальной гипотензии), причем собственно нейрокардиальные нарушения всегда сочетаются с кардиофобией либо с фиксированными, доминирующими идеями возможной смерти от «остановки», «разрыва» сердца.

Кардиалгический синдром. Болевые ощущения в области сердца, не имеющие черт классической стенокардии, относят в разряд кардиалгии. Клинические проявления этой формы нарушений сердечной деятельности невротической природы могут быть чрезвычайно разнообразными. Это тупые, ноющие, колющие, пронзающие, давящие, сжимающие, пульсирующие боли, как правило, изменчивые и сочетающиеся в различных вариантах. Ощущения больных почти никогда не бывают однородными [Аббакумов С. А. и др., 1982], хотя часть больных длительное время испытывают стереотипно одни и те же

симптомы. В отличие от болей при стенокардии они не носят резкого характера. Локализация болевых ощущений при кардиалгическом синдроме — чаще всего область верхушки сердца, левого соска и прекардиальной области. Иногда боли распространяются в левое подреберье и левую подмышечную область, иррадиируют в левое плечо, редко под лопатку и руку. Боли возникают в связи с эмоциональным напряжением, бывают кратковременными, мимолетными, но могут длиться часами, носить постоянный характер. Нередко боль в области сердца сопровождается ощущениями «нехватки воздуха» и отсутствием насыщения вдохом, что расценивается больными как факт, несомненно подтверждающий у них признаки сердечной недостаточности.

В ряде случаев возникшая внезапно вслед за эмоциональным напряжением боль в грудной клетке не позволяет больному, ограничивая объем дыхательных движений, совершать глубокие вдохи и полные выдохи, распрямить грудь. Напуганные «болью в сердце», испытывая страх возможной сердечной катастрофы, такие больные остаются десятки минут в том положении, в котором их застала боль, пока не приедет врач скорой помощи. Вообще же для больных с невротическими нарушениями сердечной деятельности, в частности кардиалгическим синдромом, характерно двигательное беспокойство, часто они не находят себе места, ажитированы, стонут, вызывают скорую помощь. Жалобы больных сводятся к настойчивому перечислению отмеченных выше симптомов болевых и неприятных ощущений, причем во многих случаях они четко обозначают место боли. Об испытываемом ими страхе смерти от «остановки» или «разрыва» сердца, порой переходящем в ужас, они обычно не говорят обследующему их врачу-терапевту или кардиологу, склонны диссимулировать психопатологические проявления, будучи глубоко уверенными в том, что, не будь боли «в сердце», не было бы и страха.

Картину тревожно-фобического раптуса обычно удается наблюдать врачам скорой помощи и дежурным врачам поликлиник и стационаров, так как нахождение в медицинском учреждении, присутствие врача быстро сглаживают остроту фобических переживаний. Пациент успокаивается и без ярких невротических проявлений внешне мало чем отличается от органического кардиального больного. К тому же жалобы его могут в ряде случаев весьма напоминать симптомы атипичной стено-

кардии, что создает существенные трудности не столько для диагностики, сколько для выбора тактики наблюдения и лечения, поскольку многочисленные кардиологические обследования, помещение в палату для тяжелобольных, назначение строгого постельного режима в значительной мере способствуют ятрогенной ипохондризации. В то же время безапелляционное утверждение врача после беглого физикального осмотра больного с невротическими сердечно-сосудистыми нарушениями, в том числе с кардиалгией: «У вас ничего нет. Это нервное, возьмите себя в руки» — расценивается больным как результат невнимательного и даже неквалифицированного отношения к нему как к больному. В результате этого психотерапевтический контакт, в основе которого лежат доверие и уважение к врачу, будет если не потерян совсем, то основательно нарушен. С подобными пациентами врачебный контакт необходимо устанавливать уже на раннем этапе диагностики; при установлении доверительного контакта больной должен рассказать врачу об опасениях и страхах за свое сердце и жизнь, которые выступают в форме фиксированных, доминирующих идей или фобий и являются характерным психопатологическим компонентом кардиалгического синдрома, оказывая существенное влияние на его клинические проявления, динамику и лечение.

Указанное выше дает основание некоторым авторам рассматривать психогенные расстройства сердечной деятельности как кардиофобический синдром [Страумит А. Я., 1969, и др.].

Первое классическое описание кардиофобий относится к 1855 г. и принадлежит кардиологу Stokes [цит. по D. O. Nutzinger и соавт., 1982]. Широкую известность получила монография H. E. Richter, D. Beckman (1986), посвященная сердечным неврозам.

Уже на первых этапах у больного возникает настороженность в связи с появлением необычных для него болевых ощущений в области сердца. Эти ощущения в силу психологической оценки сердца как органа, важнейшего для сохранения жизни, оказываются искаженными в связи с преувеличением опасности заболевания и ведут к возникновению страха смерти, чему в немалой степени способствует информация в печати о большой распространенности сердечно-сосудистых заболеваний и их месте в ряду причин смерти. Под влиянием этих опасений и страхов меняется поведение больных. Они начинают

контролировать работу своего сердца, прислушиваются к беспокоящим их ощущениям, особенно когда меняется их интенсивность, постоянно проверяют пульс, измеряют артериальное давление. При отвлечении внимания больные перестают на время испытывать «боли в сердце». Однако вслед за тревожными опасениями, связанными с сердечной деятельностью и фиксацией внимания на области болезненных ощущений, они возникают вновь.

По мере развития болезненного состояния первичный страх смерти от заболевания сердца приводит к появлению вторичных страхов, которые также могут фабулироваться и приобретать характер фобий. Одна группа этих вторичных страхов в своей основе имеет стремление больных уклониться от таких действий, которые, по их мнению, могут ухудшить работу сердца. Чаще всего это страх физических нагрузок, переохлаждения или перегревания, курения, употребления алкоголя и т. д. Другая группа вторичных страхов заставляет больных избегать ситуаций, в которых невозможно или затруднительно оказание экстренной медицинской помощи. Больные боятся находиться в одиночестве в квартире, посещать кино, театры. В тех же случаях, когда в сопровождении родственников они посещают общественные места, то стремятся располагаться в непосредственной близости от выхода. Появление невротических сердечно-сосудистых нарушений (в том числе кардиалгий) на улицах, площадях, особенно пустынных, способствует формированию у больных навязчивого страха открытых пространств — агорафобии.

Многие больные систематически пользуются валидолом и даже нитроглицерином и стараются постоянно иметь их при себе, несмотря на то что эти препараты им мало помогают. В дальнейшем, убедившись на опыте в эффективности транквилизаторов (седуксен, феназепам, рудотель), пациенты также носят их с собой.

Навязчивые страхи имеют яркий, образный характер. Своеобразием синдрома является то, что лишь в части случаев фобия проявляется в классическом виде с полной критикой и пониманием необоснованности своих страхов. Нередко на высоте аффекта критика утрачивается.

Помимо развития кардиофобического синдрома на фоне длительно существующих или достаточно выраженных болевых и других неприятных ощущений в области сердца, у части больных фобический синдром формируется довольно остро. Пусковым моментом обычно явля-

ется состояние «дурноты» после однократного приема алкоголя, перегревания, реже идентификация себя с заболевшим или внезапно умершим человеком с последующей фиксацией внимания на деятельности сердца, на своих заболеваниях в прошлом, в результате ознакомления с медицинской литературой и т. д. У некоторых больных первые приступы сердцебиения включаются в картину, напоминающую вегетативно-диэнцефальные кризы. Яркое и острое начало болезни приводит к тому, что пациенты почти с первого дня заболевания обращаются за медицинской помощью, и в ряде случаев их направляют в стационары терапевтического профиля. Помещение в стационар, знакомство со страданиями тяжелых сердечных больных приводят к быстрому и стойкому формированию фобии и фиксации страхов.

К моменту поступления в клинику неврозов больные испытывают постоянное напряжение, тревожное ожидание ухудшения состояния; настроение их обычно подавленное, сон чуткий. Они постоянно следят за пульсом и артериальным давлением. Избегают малейших физических нагрузок и хорошо чувствуют себя только вблизи медицинского персонала. В кабинете врача во время беседы на отвлеченные темы оживляются, забывают о своем тяжелом состоянии, улыбаются, живо жестикулируют и, к своему удивлению, чувствуют себя к концу беседы почти здоровыми. Однако за этим через некоторое время следует спад настроения, что вновь ухудшает их состояние. У больных, которых не стационируют в терапевтические отделения, такая фиксация на болезненных проявлениях часто отсутствует, они более активны, общительны, меньше ограничивают себя, страх «чего-то страшного» или смерти эти больные испытывают только в сложных или пугающих обстоятельствах, связанных с воспоминанием о месте, времени, обстоятельствах начала заболевания (одиночество, улица, метро и т. д.). Эти больные быстрее переходят к активным тренировкам и обсуждению актуального конфликта и реальных проблем, требующих разрешения.

У многих больных с кардиофобическим синдромом отмечается нарушение сна в связи со страхом уснуть и не проснуться. Положение в постели они занимают чаще на правом боку, сетуя на то, что на левом усиливается боль «в сердце» и не хватает воздуха.

Кардиофобический синдром часто сопровождается вегетативными расстройствами в виде лабильности пульса,

учащения и углубления дыхания, лабильности вазомоторных реакций кожи, гипергидроза.

Синдром нарушения сердечного ритма. Психогенные расстройства сердечного ритма проявляются чаще всего учащенным сердцебиением. Примерно в половине случаев этому соответствует и объективно устанавливаемая тахикардия. Ощущения сердцебиения могут не сопровождаться учащением пульса или изменением сердечного ритма, т. е. имеют чисто субъективный характер. При этом больные чувствуют отчетливые удары сердца. Им неприятны эти ощущения, часто они мешают спать, так как усиливаются в постели, особенно при положении на левом боку. Нередко в состоянии физического покоя, в условиях, облегчающих возможность сосредоточения на своих ощущениях, сердцебиение становится особенно мучительным. Оно может быть как приступообразным, так и постоянным. При невротической тахикардии число сердечных сокращений в минуту не превышает 110—120 и связано с эмоциональным, а не физическим напряжением.

Замедление ритма сердечных сокращений (менее 60 в 1 мин) при неврозах встречается редко. Оно сочетается, как правило, с другими симптомами ваготонии (понижение кровяного давления, головокружение, усиление перистальтики кишечника, покраснение кожи и ощущение жара, стойкий красный дермографизм) и может проявляться перманентно и пароксизмально. Больные испытывают ощущение замирания в области сердца, его остановки, нехватку воздуха, достигающую в ряде случаев ощущение удушья, тошноту и потливость. Часть больных с невротической брадикардией, возникающей при аффективных состояниях, воспринимает ее как «ужасное сердцебиение», чем нередко вводит в заблуждение терапевтов, обнаруживающих при объективном исследовании противоположную картину.

Экстрасистолия, преимущественно желудочковая, встречается при неврозах с сердечно-сосудистыми нарушениями относительно редко: по данным P. Ionescu (1973), в 3 % случаев. Клиническая картина этой формы сердечной аритмии выражается в ощущениях перебоев, толчков в груди, легкого головокружения и нехватки воздуха с последующим приливом крови к голове. Больные, напуганные ощущением остановки сердца, со страхом начинают прислушиваться к его работе, постоянно перепроверяют пульс. Зафиксировав мучительное

ощущение замирания в области сердца, испытывая тревогу и страх смерти, больные теряют покой. Двигательная же активность обычно приводит к исчезновению экстрасистол, что способствует формированию у пациентов страха собственной постели, страха уснуть и не проснуться, выраженного кардиофобического синдрома. Больные настаивают на повторных электрокардиографических исследованиях, сетуя на то, что во время записи не было «перебоев» в области сердца. В ряде случаев на ЭКГ обнаруживаются экстрасистолы, обычно единичные желудочковые, реже суправентрикулярные, без признаков органического поражения миокарда.

Сосудистая дистония. Артериальная гипертензия при неврозах характеризуется нестойкостью повышения давления, в основном систолического, которое меняется в связи с психотравмирующими обстоятельствами, малой эффективностью традиционных гипотензивных средств и хорошей — транквилизаторов и психотерапии, отсутствием характерных для гипертонической болезни изменений на глазном дне и ЭКГ. Редко систолическое давление превышает 150—160 мм рт. ст., а диастолическое — 90—95 мм рт. ст. Характерными симптомами являются раздражительность, общая слабость, утомляемость, нарушение сна, головная боль, боль в области сердца типа кардиалгии и нарушения сердечного ритма, чаще тахикардия. Жалобы больных на головную боль могут напоминать таковую при гипертонической болезни, однако в части случаев, указывая на пульсирующий характер боли, пациенты отмечают при этом шум и свист в ушах, сжатие головы (типа «каски»), появление тумана в глазах, «мушек», головокружение.

Постоянное прислушивание к ощущениям, исходящим из сосудов и внутренних органов, перепроверка артериального давления при малейшем подозрении на изменения своего состояния приводят к тому, что нередко больные достигают большой точности в его определении. В большинстве случаев они опасаются даже небольшого его повышения, при этом их охватывают тревога и страх развития инсульта. Особенно боятся они таких симптомов начинающегося паралича, как онемение и слабость в конечностях, и нередко находят их у себя, но чаще в виде расстройств чувствительности по типу чулок и перчаток. В отдельных случаях развивается картина истерического моно- или гемипареза. Характерным для невротической артериальной гипертензии является сочетание

различных функциональных кардиоваскулярных нарушений, сопровождающихся фобическим и ипохондрическим синдромами.

Артериальная гипотензия при неврозах проявляется стойким снижением кровяного давления до 105—90/60—50 мм рт. ст. При этом отмечается лабильность цифр давления и пульса, а также других вегетативных проявлений в зависимости от времени суток, температуры окружающей среды, положения тела больных, их эмоционального состояния. На фоне полиморфных симптомов со стороны сердечно-сосудистой, дыхательной, пищеварительной и других систем выделяются жалобы больных на головную боль, головокружение, общую слабость. Головная боль (тупая, давящая), локализованная чаще в височных и лобно-теменных областях, обычно возникает к полудню, постепенно усиливаясь и сопровождаясь головокружением, пошатыванием, тошнотой. Перегревание, нахождение в душном, плохо проветриваемом помещении, езда в транспорте, особенно при многочисленных поворотах и ускорениях, способствуют ухудшению состояния и даже появлению обмороков. Столь же характерны жалобы больных на ортостатические коллаптоидные состояния. Во многих случаях развивается страх потерять сознание, особенно в людных местах, страх езды в транспорте.

Астенический и ипохондрический синдромы при невротической гипотензии отражают высокую степень тревожности, внушаемости и самовнушаемости этих больных, склонность к ятрогениям. С этим обстоятельством особенно приходится считаться в случаях, когда у пациентов на фоне жалоб на общую слабость, артралгию, кардиалгию, одышку в покое объективно выявляются приглушение первого тона, нежный систолический шум на верхушке сердца, неспецифические изменения ЭКГ. Необоснованно назначаемые консультации ревматолога и даже кардиохирурга могут приводить к развитию стойкой ипохондрии.

Можно отметить особенности клинических проявлений сердечно-сосудистых дисфункций при основных формах неврозов. Более яркие, демонстративные расстройства, характерные для истерического невроза вообще, отмечаются и в случаях сердечно-сосудистых нарушений. Тенденция к значительному уменьшению выраженности грубых истерических симптомов (припадки, параличи, амавроз и др.) в последние десятилетия сменилась ростом висцеровегетативных расстройств, в числе которых

значительное место занимают ставшие «модными» нарушения, имитирующие сердечные приступы, церебрально-сосудистую недостаточность («спазмы сосудов головного мозга»). Демонстративная одышка, онемевшие и часто сведенные судорогой руки, которые надо согревать и растирать, дрожание всего тела, полуобморочные состояния, громкие стенания о нестерпимой боли «в сердце» и др. — весь этот истерический рисунок поведения, возникший в связи с психотравмирующими обстоятельствами, убеждает членов семьи или сослуживцев в том, что у больного «плохо с сердцем».

Кардиалгический синдром при истерии характеризуется обилием парестезий — «мурашки в руке», «жжение под лопаткой», «раскаленный гвоздь в левой половине грудной клетки» и др. «Художественный» тип высшей нервной деятельности, стремление оригинально, по-особому выразить необычность и серьезность своего заболевания — все это делает похожими истерические парестезии на сенестопатии, что дало основание некоторым авторам [Страумит А. Я., 1969] описать отдельно кардиосенестопатический синдром при неврозах в качестве варианта кардиалгического. Условность подобной трактовки заключается в том, что сенестопатии являются клиническим выражением эндогенных психических расстройств [Тиганов А. С., 1985] и органических заболеваний головного мозга, а не неврозов. Поэтому правильнее говорить о кардиопсевдосенестопатическом синдроме при истерии.

Вегетативные кризы при истерии часто выступают в виде своеобразного эквивалента судорожного припадка, сопровождаясь дрожанием всего тела, обычно при небольшом повышении кровяного давления и учащении пульса. Нередко именно больные истерией предъявляют жалобы на «ужасное сердцебиение» при нормальном и даже замедленном ритме сердечных сокращений.

У больных истерией сосудистая дистония по гипотоническому типу проявляется наклонностью к частым полуобморочным (но не обморочным) состояниям, которые трактуют как «сердечные приступы» или «спазмы сосудов головного мозга», что нередко с успехом используется больными в качестве средства для достижения той или иной выгоды.

Для сердечно-сосудистых дисфункций при неврозе навязчивых состояний характерно интенсивное обрастание их фобическими и ипохондрическими проявлениями. Как

правило, вслед за возникшим кардиофобическим или танатофобическим синдромом со временем развиваются вторичные страхи, особенно страх замкнутого и открытого пространств — клаустро- и агорафобия. Больные боятся одни оставаться дома, пользоваться лифтом, ходить по улицам. Попав в терапевтическое отделение больницы, они на глазах «оживают», особенно в окружении нетяжелых больных. Они не спешат выписываться, зачастую излагают врачу свои жалобы по записочке, добиваясь всестороннего, максимально полного обследования. Состояние этих пациентов с чертами тревожной мнительности в характере во многом определяется контингентом соматических больных, окружающих их в стационаре.

При неврастении сердечно-сосудистые расстройства выступают на характерном фоне астенических симптомов: повышенной утомляемости, нарушении сна, эмоциональной лабильности с преобладанием пониженного настроения. Отмечается большая выраженность вегетативных нарушений, особенно пароксизмальных. Для кардиалгического синдрома при неврастении типичен упрощенный характер боли, локализованной в области левого соска или прекардиальной области, — продолжительной давяще-ноющей или кратковременной колющей. Объективно выявляемые нарушения сердечного ритма (тахикардия, брадикардия, экстрасистолия), как и колебания давления при артериальной гипертензии и гипотензии, обычно более значительны, чем при других формах неврозов — истерии и неврозе навязчивых состояний, а фобические проявления менее выражены.

Дифференциальный диагноз. Невротические нарушения сердечно-сосудистой системы часто приходится дифференцировать от органической кардиальной и экстракардиальной патологии, а также от неврозоподобных расстройств церебральной эндогенно-органической природы. Успех в решении этой зачастую нелегкой задачи обеспечивают: 1) тщательные клинические исследования сердечно-сосудистой, центральной и периферической нервной системы; 2) проведение объективных исследований: ЭКГ, фонокардиографии, велоэргометрии, рентгенографии шейно-грудного отдела позвоночника, изучение глазного дна и др.; 3) владение методом позитивной диагностики неврозов; 4) знание особенностей клинических проявлений и динамики развития скрытых, соматизированных форм психических расстройств, прежде

всего ларвированной депрессии и неврозоподобной шизофрении; 5) опыт наблюдений над больными с сочетанными соматическими нарушениями органической и невротической природы.

При болевом синдроме в области сердца наличие неспецифических или похожих на ишемические изменения сегмента *ST* и зубца *T* на ЭКГ вызывает необходимость дифференциации невротической кардиалгии от приступа стенокардии. Поскольку в этих случаях ЭКГ, снятая в покое, не только не облегчает, но чаще затрудняет трактовку сердечных болей, целесообразно применять нагрузочные пробы, среди которых наиболее убедительные данные предоставляет велоэргометрия [Маколкин В. И., Аббакумов С. А., 1982]. Отдавая должное так называемым объективным методам исследования, необходимо иметь в виду, что у большинства больных с кардиалгией и стенокардией анализ субъективных ощущений достаточно информативен, диагностика обоих этих болезненных состояний во многом основывается на ощущениях пациентов, выявляемых при собирании анамнеза. Отличительными признаками невротической кардиалгии сравнительно со стенокардией являются прежде всего характер боли, ее локализация, иррадиация, продолжительность. В большинстве случаев это тупая, ноющая, колющая боль в области левого соска или в прекардиальной области, редко с иррадиацией в левое плечо и лопатку, но почти никогда — в шею и челюсть. В отличие от стенокардии боль при кардиалгии не связана с физическим напряжением. Напротив, физическая активность, как правило, облегчает состояние больного неврозом, покой же — ухудшает. Если при стенокардии дыхание не влияет на интенсивность боли, то во многих случаях кардиалгий оно настолько усиливает ее, что вынуждает больных резко ограничить объем дыхательных движений.

При невротической кардиалгии боль обычно бывает продолжительной — часы, сутки (при стенокардии боль кратковременная, минуты) и не купируется коронарорасширяющими средствами.

Рентгенографические находки остеохондроза шейного и верхнегрудного отделов позвоночника, реберного хондрита, добавочного шейного ребра, а также другие клинические данные, чаще неврологические, говорящие в пользу экстракардиального характера боли в левой половине грудной клетки, в том числе с иррадиацией в лопатку

и руку, также облегчают дифференциальный диагноз со стенокардией.

Говоря о трудности дифференциальной диагностики между органической и невротической патологией сердца, следует отметить тщательно выполненные исследования, в которых изучались больные с ишемической болезнью сердца и «атипичным болевым синдромом». Последний называют также атипичной стенокардией. Анализируя результаты кардиологических и психопатологических исследований указанных групп больных, Б. А. Лебедев (1983) отмечает, что при ишемической болезни сердца общую картину заболевания определяет сердечная патология при преимущественно нормальных психических реакциях на болезнь. У больных с «атипичным болевым синдромом» это не столько сердечная патология, которая может быть и незначительной, сколько личностная несостоятельность, проявляющаяся в невротической переработке возникающих в грудной клетке болевых ощущений.

Подчеркиваются определенные преморбидные особенности личности этих больных (тревожно-мнительные черты характера при частом сочетании ригидности и легкой внушаемости, склонности с ипохондрическим реакциям и др.).

Сердечно-сосудистые нарушения являются частым соматизированным проявлением ларвированной депрессии. Состояние больных спонтанно ундулирует и не определяется психотравмирующими обстоятельствами. Нередко больные пожимают плечами, не зная, что ответить врачу на вопрос о своих переживаниях, предшествующих заболеванию.

Отмечается больший терапевтический эффект от антидепрессантов сравнительно с психотерапией. Кардиалгический синдром при ларвированной депрессии более выражен и продолжителен (недели, месяцы), включает множество стойких парестезий и сенестопатий. Вегетативные кризы в отличие от невротических возникают внезапно, «как гром среди ясного неба», обычно по ночам и под утро, протекают тяжелее, продолжительнее (40 мин и более) и чаще (ежедневно или даже по несколько раз в день) с последующей тяжелой астенией и тревожно-подавленным настроением, определяющими состояние больных.

Чаще именно при этом состоянии, а не при неврозах возникает необходимость в дифференциации входящей в

структуру криза тахиаритмии от приступа пароксизмальной тахикардии. Против вегетативного криза говорит определяющее клиническую картину внезапно начавшееся и закончившееся сердцебиение с числом сердечных сокращений 130—180 в 1 мин в случае желудочковой и 160—220 в случае предсердной пароксизмальной тахикардии . ЭКГ при предсердной пароксизмальной тахикардии характеризуется наличием неизмененного желудочкового комплекса, перед которым обычно заметен слегка деформированный зубец *P*. Нередко предсердная тахикардия сопровождается нарушением предсердно-желудочковой и внутрижелудочковой проводимости, чаще по правой ножке предсердно-желудочкового пучка. Предсердно-желудочковая тахикардия отличается наличием извращенного зубца *P*, который может располагаться перед комплексом *QRST* или наслаиваться на него. Возможны нарушения внутрижелудочковой проводимости. ЭКГ при желудочковой пароксизмальной тахикардии характеризуется значительной деформацией комплекса *QRST*. Предсердия возбуждаются независимо от желудочков в правильном ритме, но зубец Р трудно различим [Мартынов И. В. и др., 1983].

В дифференциальной диагностике невротической сосудистой дистонии от гипертонической болезни, а также симптоматической гипертензии и гипотензии большое значение наряду с особенностями клинических проявлений имеют данные объективных исследований: картина глазного дна, особенности ЭКГ и краниограммы, функция почек, надпочечников и др., в совокупности позволяющие исключить органическую природу расстройств.

Кардиофобический синдром в связи с сердечно-сосудистыми сенсациями нередко служит неврозоподобным фоном при малопрогредиентной шизофрении. С течением времени все отчетливее выступают основные проявления шизофренического процесса: расщепленность психики, нарастающее безразличие, апатия, падение энергетического потенциала, утрата инициативы, эмоциональное оскудение. Однако и до появления клинически выраженных негативных расстройств характерным признаком неврозоподобной шизофрении является сочетание психастенических и истерических симптомов с ипохондрическими, депрессивными, деперсонализационными расстройствами, обилие сенестопатий. В психотерапевтической группе больных обращает на себя внимание свое-

образная психическая отгороженность пациентов, страдающих шизофренией, бо́льшая по сравнению с неврозами резистентность их состояния к психотерапии.

НЕВРОТИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ ДЫХАНИЯ

Среди системных висцеральных нарушений при неврозах расстройства функции дыхания представляют большой интерес, так как, во-первых, в этиопатогенезе их наблюдаются особенно характерные, динамически изменяющиеся соотношения биологического и психического и, во-вторых, знание клинических проявлений невротических нарушений дыхания позволяет успешно осуществлять их позитивную диагностику и дифференциацию с органическими заболеваниями дыхательной системы, в том числе астматическими состояниями. Несмотря на то что невротические нарушения дыхания наблюдались и были описаны рядом авторов еще на заре развития психоневрологии [Wetterstrand O., 1893; Dubois P., 1912, и др.], до сих пор многие вопросы, относящиеся к их этиопатогенезу и способам лечения, остаются неясными. В определенной степени это объясняется тем, что большинство работ по невротическим нарушениям дыхания принадлежит физиологам и врачам-терапевтам.

Невротические расстройства дыхания, наблюдавшиеся в нашей клинике, описаны в ряде работ [Гуревич А. Н., 1966; Карвасарский Б. Д., Тупицын Ю. Я., 1974] и более подробно рассмотрены в исследовании В. Ф. Простомолотова (1985), выполненном под нашим руководством. С целью уточнения частоты невротических расстройств дыхания В. Ф. Простомолотов проанализировал 1136 историй болезни; у 110 больных он более тщательно исследовал функцию внешнего дыхания. Нарушение дыхания как основное проявление невроза отмечено им у 2,8 % больных, из которых 75,4 % составили женщины (синдром нарушения ритма дыхания, ларингоспазм и икота); в числе других висцеровегетативных расстройств в 45,2 % случаев отмечены нарушения дыхания при вегетативных кризах, перманентных вегетативных сдвигах и страхе замкнутого пространства. По нашим данным, в качестве ведущих клинических проявлений расстройства дыхания были установлены у 6 из 2000 больных, т. е. в 0,6 % наблюдений.

Синдром нарушения ритма дыхания является наиболее характерным и распространенным среди системных

дыхательных расстройств при неврозах. В клинической картине наиболее типичными симптомами являются: тягостные ощущения одышки — чувство нехватки воздуха, отсутствие ощущения полноценного вдоха (которое больные нередко определяют как отсутствие «насыщения вдохом»), аритмия дыхательных движений. В свое время на это обратил внимание А. А. Остроумов (1895). В своих лекциях он отмечал, что у больных неврозами «часто бывает голод воздухом». Возникает субъективное ощущение, что воздух не проникает глубоко в легкие, а задерживается где-то на уровне средней или нижней трети грудины. Больные стремятся делать все более глубокие вдохи, прибегая зачастую к дополнительным движениям рук, туловища, шеи, чтобы максимально расширить грудную клетку для доступа воздуха. Периодически им удается, наконец, столь глубокий вдох, что тягостные ощущения одышки исчезают. Они испытывают при этом ни с чем не сравнимое облегчение и успокоение, но ненадолго — вскоре, часто уже через несколько дыхательных движений, все повторяется сначала.

Чувство нехватки воздуха может беспокоить больных на протяжении длительного времени (дни, месяцы, годы). Оно проходит во время сна и при отвлечении внимания и обостряется при волнении, физической нагрузке, разговоре, нахождении в душном помещении, когда, испытывая тягостные ощущения одышки, больные начинают часто и глубоко дышать, в тревоге выбегают на свежий воздух или же открывают настежь окна и двери. Такие симптомы, как головокружение, сухость во рту и другие неприятные ощущения, возникающие в результате гипервентиляции, усиливают тревогу. Нередко больные, охваченные страхом смерти от удушья, не видят другого выхода, как вызвать скорую медицинскую помощь. Дыхание у них аритмично: на фоне частого дыхания отмечаются отдельные глубокие вдохи с последующими продолжительными паузами. В связи с утратой непроизвольности дыхания больные начинают с тревогой контролировать его, фиксированы на нем и на неприятных ощущениях, исходящих из верхних дыхательных путей. Испытывая в большинстве случаев опасение, что у них развивается бронхиальная астма или серьезное заболевание сердца, они стремятся пройти обследование у пульмонолога или кардиолога. Возникновению синдрома нарушения ритма дыхания обычно сопутствует острое респираторное заболевание верхних дыхательных путей

или обострение хронических болезней носоглотки, затрудняющих носовое дыхание.

Ларингоспазм. Для ларингоспазма, встречающегося при неврозах значительно реже, чем синдром нарушения ритма дыхания (у 10 из 2000 больных), характерным является острое начало, связанное с психотравмирующими переживаниями, вызывающими испуг, гнев, стыд. Острым переживаниям предшествуют разной продолжительности хронические психотравмирующие ситуации. Возникновению и развитию ларингоспазма сопутствуют заболевания верхних дыхательных путей. Поводом к развитию первого приступа удушья в результате ларингоспазма является поперхивание слюной или пищей, в том числе ночью во время сна, в момент пробуждения от испуга (шум семейной ссоры и др.). Один больной, со страхом ожидавший предстоящего прыжка с парашютом, долго не мог уснуть. Проснулся от приступа удушья в результате ларингоспазма, возникшего от попадания слюны в верхние дыхательные пути.

Для клинической картины ларингоспазма характерно повторение приступов удушья при учащающихся поперхиваниях слюной или пищей и в связи с волнениями. Возникающее после рефлекторного приступа кашля от попадания в верхние дыхательные пути слюны или пищи, а затем и без него шумное (свистящее, хрипящее) стенотическое дыхание сопровождается чувством сдавления в горле и выраженным страхом смерти от удушья. Обычная продолжительность приступа 1—2 мин, реже дольше. Во всех случаях после приступа удушья отмечается обильная отрыжка воздухом, у части больных симптомы аэрофагии наблюдаются и в межприступном периоде. Эти же больные вне приступов ларингоспазма испытывают чувство нехватки воздуха, характерное для нарушения ритма дыхания, но менее выраженное, и ощущение сдавления, «ком» в горле. Некоторые больные жалуются на чувство повышенной сухости во рту, в связи с чем они стремятся чаще увлажнять себе полость рта и глотку; двое больных постоянно носили с собой бутылочку с водой, а одна больная вывешивала на ночь в комнате влажную простыню. У части пациентов отмечается бессонница в связи со страхом задохнуться во время сна. Вне приступов у больных сохраняется страх возможного их повторения.

При заболевании, продолжающемся несколько лет, и отсутствии патогенетически обоснованной терапии невроз приобретает характер невротического развития с уре-

жением приступов ларингоспазма после лечения у терапевтов и ЛОР-специалистов, в том числе стационарного (обычно ввиду вызова скорой медицинской помощи из-за «приступов удушья»), во время которого больные получают и успокаивающие средства. Приступы удушья расцениваются врачами скорой медицинской помощи как астматические или как астматические компоненты при острых респираторных заболеваниях либо аллергических реакциях, в отдельных случаях — как следствие наличия инородного тела в бронхах. Отмечается усиление таких невротических черт, как повышенная обидчивость, раздражительность, легкая смена настроения, ипохондричность. Много внимания больные уделяют процессу еды, стараются неторопливо проглатывать пищу, запивать ее водой, исключают из рациона раздражающие блюда. Несмотря на это, рецидивы ларингоспазма с годами повторяются, возникая по незначительным поводам, однако интенсивность дыхательных нарушений при этом уменьшается.

Невротическая икота. Икота в качестве основного клинического проявления невроза встречается редко (у 3 из 2000 больных). Обращает на себя внимание более низкий образовательный и культурный уровень пациентов по сравнению с другими группами больных. Среди сопутствующих заболеваний обычно встречаются хронические заболевания легких и желудочно-кишечного тракта. Клинические проявления невроза выражаются в приступах звучной икоты, наступающей, как правило, в публичном месте. Так, у одной пациентки невротическая икота возникала в коридоре перед дверью кабинета поликлиники и была столь звучной, что ожидавшие приема больные иногда вынуждены были расходиться. При эмоциональном напряжении продолжительность приступа икоты увеличивается до часа и более. Во время приступа наблюдаются выраженные нарушения дыхания; со слов больных, они «задыхаются», что усиливает у них тревогу, связанную с опасениями за свое здоровье. В период, предшествующий возникновению икоты, больные отмечают в конфликтных ситуациях на высоте аффекта значительные нарушения дыхания, клинически выражающиеся в том, что у них «перехватывает горло», «все сжимается в животе», «не хватает воздуха». Рефлекторное появление икоты в общественных местах приводит к возникновению у больных страха публичных мест.

Нарушения дыхания при вегетативных кризах. Этот

тип нарушений дыхания встречается у 85 % больных с вегетативными кризами невротического генеза, что соответствует данным, полученным Б. Ю. Добриным (1971). Характерной особенностью нарушения дыхания при вегетативных кризах смешанного характера является возникновение на фоне сердцебиения, озноба, тревоги и страха смерти ощущения нехватки воздуха, одышки, усиливающих переживания страха смерти. У четверти этих больных выраженное ощущение нехватки воздуха доходит до степени удушья. Для всех больных, а для последних особенно, характерно двигательное беспокойство. Больные выбегают на балкон, открывают настежь окна. Эти пациенты испытывают острый страх смерти. Вне приступов больные, особенно с истерическим неврозом, отмечают нарушение дыхания в конфликтных ситуациях в виде ощущения нехватки воздуха, потребности в глубоком вдохе, менее выраженных, чем во время криза.

Нарушения дыхания при перманентных вегетативных расстройствах отмечены у 30,6 % больных, часто в сочетании с кардиалгическим синдромом. При появлении неприятных ощущений или болей в области сердца пациенты испытывают потребность в глубоких вдохах, которые снимают легкое ощущение нехватки воздуха и одновременно боль или чувство тяжести в области сердца. Подобное нарушение дыхания характерно для астено-депрессивного, а также фобического синдрома невротического генеза. Больные связывают потребность в нескольких глубоких вдохах с сердечной, как они полагают, болью. Клинически для этого типа нарушений дыхания характерны субъективно испытываемое больными легкое ощущение нехватки воздуха и потребность в нескольких дополнительных глубоких вдохах, что объективно выражается в незначительной аритмии дыхательных движений. Усиление чувства нехватки воздуха и дыхательной аритмии у этих больных возникает в конфликтных ситуациях, причем в случаях с нарушением носового дыхания они приближаются по своей выраженности к синдрому нарушения ритма дыхания.

Нарушения дыхания при страхе замкнутого пространства. Нарушения дыхания при этом включены в общую картину невроза, основным проявлением которого являются фобии. В случаях страха пребывания в городском транспорте и лифте нарушения дыхания особенно выражены (по типу синдрома нарушения ритма дыхания), пароксизмально обостряясь на высоте аффекта страха и

сопровождаясь другими вегетативными расстройствами. Больные испытывают чувство жара, сильную потливость, сердцебиение, на высоте аффекта страха — «помутнение» в голове, дрожь в теле. При страхе пребывания в общественном транспорте пациенты стремятся располагаться у открытого окна поближе к водителю, всем видам транспорта предпочитают такси. Оказавшись в замкнутом пространстве, больные испытывают ощущение нехватки воздуха, усиливающееся до чувства удушья, несмотря на интенсивные и глубокие дыхательные движения; сухость во рту и головокружение усиливают аффект страха. Все больные этой группы вне ситуации замкнутого пространства при эмоциональном напряжении (особенно больные истерией) испытывают чувство нехватки воздуха.

Для иллюстрации приводим следующее наблюдение.

Больная П., 30 лет, преподаватель. Жалобы на страх пребывания в городском транспорте (троллейбусе, автобусе), где несколько раз испытала чувство удушья, страх задохнуться, резкую общую слабость, помутнение в голове. Заболела 4 мес назад, когда ехала утром на работу в переполненном троллейбусе. По словам пациентки, в троллейбусе было очень тесно. Она была зажата, «как прессом», на задней площадке. Было душно, но она терпела, волновалась, как бы не опоздать на работу, так как в последнее время стали очень строго взыскивать за опоздания. Вдруг водитель остановил троллейбус и объявил, что троллейбус дальше не пойдет, так как задняя дверь не открывается. Все пассажиры зашумели, пытаясь убедить водителя продолжить путь, но водитель был неумолим. Тогда сидевшие пассажиры начали вставать, отчего стало невыносимо тесно, и пациентка начала задыхаться. Пыталась глубже дышать, но, по ее словам, «набираю воздух, а он не проходит, пытаюсь еще поглубже вдохнуть, а он до глубины легких не доходит, где-то останавливается». Возник страх задохнуться, вспотела, стала хватать воздух широко открытым ртом. Но вместо улучшения состояния появилось головокружение, сухость во рту. Страх задохнуться стал еще более выраженным, больная закричала и стала сползать на пол; стоявший рядом мужчина поднял ее, помог выйти из троллейбуса. На улице дышать стало легче, но беспокоили общая слабость, дрожь в теле, головокружение. Прохожий хотел вызвать скорую помощь, но больная отказалась и на предложенном ей такси приехала на работу вовремя. С тех пор несколько раз пыталась перебороть себя и поехать троллейбусом на работу, но каждый раз задыхалась и вынуждена была на первой же остановке выйти, а дальше добираться на такси.

Объективно: пациентка одета ярко, со вкусом, женственна, несколько жеманна, кокетлива; легко поддерживает беседу, но чувствуется, что о чем-то умалчивает. На вопрос врача, не было ли у нее когда-либо «сердечных» приступов, подробнее рассказала историю своего заболевания, которое тесно переплетается с ее характером, темпераментом и обстоятельствами жизни. Около 2 лет назад в связи с переломом лодыжки больная находилась одна дома (дело шло к выздоровлению), сидела и читала книгу. Вдруг ощутила какое-то внутреннее волнение, нарастающую тревогу, чувство проваливания, учащенное

сердцебиение; появилось чувство нехватки воздуха. Была очень напугана, вскочила, испытала «животный» страх смерти, выбежала во двор к соседям, которые вызвали скорую помощь. До прибытия скорой помощи, считая, что она, возможно, отравилась (так как кружилась голова), промыла желудок. Когда прибыла скорая помощь, чувствовала себя уже лучше. Врач отметил небольшое учащение пульса и понижение кровяного давления. Прошла обследование в районной поликлинике, лечилась по поводу вегетососудистой дистонии по гипотоническому типу.

Будучи впечатлительной и мнительной, больная боялась повторения приступа. Как только вспоминала о пережитом ею состоянии, казалось, что вот-вот начнется приступ. Он и возник вскоре, а затем стал повторяться несколько раз в месяц, особенно перед менструациями или после волнений. Обратилась к невропатологу, который успокоил больную и назначил седуксен. Приступов не было 3 мес, однако опасалась их повторения.

В процессе психотерапии рассказала о себе следующее. Она единственный ребенок в семье. По словам матери, чуть не погибла по время родов. Первые годы жизни была болезненной, часто плакала, в дальнейшем развитие протекало нормально. Родители ее, простые люди, стремились дать ей широкое образование. Закончила музыкальную школу, а затем консерваторию по классу фортепиано. Росла очень впечатлительной, оберегаемой родителями. Появление первых менструаций в 11 лет застало ее врасплох, ошеломило, так как не была к этому подготовлена. Сколько себя помнит, менструации всегда были нерегулярными, с задержками на 5—6 дней.

Половая жизнь с 19 лет. Со своим другом в течение 3 лет практиковала протрагированный половой акт до 15—20 мин; за это время она успевала испытать до 8—10 оргазмов, после чего наступало удовлетворение. Однако ее друг проявил непостоянство, и они расстались. Вышла замуж по любви за хорошего человека, прекрасного семьянина. Муж во всем ей потакает, сносит все ее упреки, в частности в сексуальной пассивности. Характеризует больную как нежную и заботливую мать, интересную и веселую женщину, которая бывает душой компании. В то же время она капризна и упряма, любит поступать по-своему.

Пациентка была дважды беременна: первая беременность завершилась родами, вторая — медицинским абортом. Беременность переносила тяжело.

Поведение больной характеризуется демонстративностью; употребляет оригинальные выражения, эгоцентрична. Сто́ит на какое-то мгновение проявить к ней меньше интереса, как она тут же сникает, и доброжелательность к собеседнику сменяется противоположным чувством. Психотической симптоматики нет. Критична к переживаемому страху общественного транспорта, понимает, что это «нервное», несмертельное состояние, но при попытке преодолеть его чувство нехватки воздуха усиливается до такой степени, что боится задохнуться, страх столь интенсивен, что испытывает «помутнение в голове», всю охватывает жаром, вынуждена немедленно выскочить из троллейбуса. На улице самочувствие сразу же улучшается, ругает себя, что не смогла перебороть страх. Повышенно эмоциональна, в момент сильных волнений отмечает чувство нехватки воздуха, усиленные сердцебиения, которые проходят при успокоении.

Соматическое состояние: больная среднего роста, правильного телосложения. Кожные покровы чистые. АД 110/70 мм рт. ст., пульс 72 в 1 мин. В легких везикулярное дыхание. Неврологически: черепные нервы без патологии, сухожильные и периостальные рефлексы равно-

мерно оживлены, патологических знаков нет. Дермографизм разлитой красный.

Функция внешнего дыхания не нарушена. Проба Штанге — 15 с (резко положительна).

Диагноз: истерический невроз на фоне скрытой акцентуации характера по истероидному типу; клаустрофобия с невротическими нарушениями дыхания.

В данном наблюдении обращает на себя внимание родовая травма. К психотерапевту пришла на прием в связи с клинически выраженными невротическими расстройствами в виде навязчивого страха городского транспорта, при нахождении в котором испытывает выраженные пароксизмальные нарушения ритма дыхания со страхом удушья. Прослеживаются обстоятельства, сыгравшие большую роль в этиопатогенезе невротических расстройств у больной. Воспитание ее по типу «кумира семьи» способствовало формированию истероидной акцентуации характера. Во время внебрачной половой связи, длившейся 3 года и раскрывшей в полной мере ее чувственность, у больной сформировался стереотип сексуальных отношений. С присущим ей эгоизмом и душевной холодностью больная настойчиво, директивно, бестактно пыталась подвести мужа под этот же стереотип, ничего не делая со своей стороны, чтобы перестроиться, и это только усугубляло сексуальную дисгармонию и привело к нарастающей раздражительности и усилению вегетативной дисфункции, отчетливо проявившейся во время чтения «Декамерона». Свойственные больной впечатлительность и мнительность способствовали фиксации и повторению вегетативных кризов с нарушениями дыхания в их структуре, которые больная определила как «нехватку воздуха». Хотя приступы прекратились, но остался страх их повторения. Наконец, следует отметить эпизод в переполненном, душном троллейбусе, когда пациентка, сжатая со всех сторон «высокими мужчинами», испытывает, во-первых, нарастающую раздражительность ввиду того, что они не проявили к ней должного внимания, во-вторых, усиливающуюся тревогу в связи со страхом опоздать на работу, в-третьих, заклинившаяся задняя дверь лишает больную возможности немедленно покинуть помещение. Все это трансформирует естественные и понятные затруднения, испытываемые в душном помещении сжатым со всех сторон человеком, в пароксизмально нарастающее нарушение ритма дыхания со страхом задохнуться.

Особенности нарушений дыхания при основных фор-

мах неврозов. Характер клинических проявлений дыхательных расстройств и их динамика выступают на фоне невротических симптомов и личностных особенностей, типичных для той или иной формы невроза. Являясь клиническим выражением общего невроза, нарушения дыхания при отдельных его формах имеют свои характерные особенности.

Среди пациентов с рассмотренными типами нарушений дыхания большинство составляют больные истерией, причем представленность истерии возрастает среди типов нарушений дыхания, выступающих в качестве основных клинических проявлений невроза, а при икоте (100 %) и ларингоспазме (80 %) настолько, что позволяет рассматривать эти расстройства как преимущественно истерические. В целом же нарушения дыхания при истерическом неврозе встречаются в 84,6 % случаев, что соответствует мнению других авторов, рассматривающих дыхательные нарушения в числе почти облигатных симптомов истерии. A. Jakubik (1982) в числе обязательных симптомов при истерии называет одышку, а среди многочисленных дисфункций вегетативной системы упоминает икоту, кашель, часто сочетающиеся с чиханьем и зевотой.

Среди обследованных 50 больных с нарушениями дыхания в качестве основных клинических проявлений истерия была диагностирована у 30 (60 %). В группе больных с синдромом нарушения ритма дыхания больные истерией составили 55,8 %.

Особенности клинических проявлений синдрома нарушения ритма дыхания при истерическом неврозе выражаются в свойственной этим больным демонстративности, когда на высоте невротической одышки при подчеркнуто форсированных дыхательных движениях они стонут, расстегивают воротник, мечутся на глазах у близких или сослуживцев, громко высказывают опасения задохнуться. Сравнительно с больными, страдающими другими формами неврозов, они чаще вызывают скорую медицинскую помощь.

Наиболее яркими из других симптомов являются ощущение «кома» в горле, головокружение и пошатывание при ходьбе, дрожь в конечностях. Для всех больных истерией с нарушением ритма дыхания при простудных заболеваниях характерен сухой приступообразный кашель, причем у трети из них особенно выразительный — лающий. У некоторых больных возникший вначале ла-

рингоспазм в дальнейшем трансформируется в синдром нарушения ритма дыхания. Обратной трансформации не отмечалось.

Нарушения дыхания при истерическом неврозе встречаются значительно чаще, очевидно, в силу возможной при этом виде висцеральной патологии произвольной регуляции функции, что позволяет больным более ярко, подчас демонстративно, проявлять их. Однако возможная в подобных случаях гипервентиляция создает в организме больных и комплекс объективных физиологических сдвигов, проявляющихся церебрально-сосудистыми, сенсорными и двигательными нарушениями в виде симптомов головокружения, тошноты, сердцебиения, дрожи в теле, пошатывания и др., что в свою очередь демонстративно усиливается больным истерией.

При неврозе навязчивых состояний нарушения дыхания, выступающие в качестве основных клинических проявлений, отмечаются относительно реже. Характерными при этой форме невроза являются выраженность и преобладание в клинической картине фобических переживаний (страх задохнуться, заболеть астмой), которые определяют поведение больных, «обрастающее» со временем ипохондрической симптоматикой. Для нарушений дыхания в виде одного из симптомов невроза навязчивых состояний наряду с другими висцеровегетативными расстройствами характерно участие их в качестве компонента эмоции страха при фобическом синдроме, особенно при танато-, кардиофобии, что путем типичной для этих больных личностной переработки ощущений невротической одышки усиливает фобические переживания.

У больных неврастенией чаще наблюдаются нарушения дыхания в числе других симптомов; среди них в сравнении с другими формами неврозов больший удельный вес составляют расстройства дыхания при вегетативных кризах.

Треть пациентов с синдромом нарушения ритма дыхания составляют больные неврастенией. Если при истерии обращают на себя внимание проявления невротической одышки, а при неврозе навязчивых состояний — фобические переживания, то при неврастении нарушению ритма дыхания сопутствуют выраженные астенические расстройства: характерные жалобы на головную боль, общую слабость, повышенную утомляемость, боль в области сердца, эмоциональную лабильность с преобладанием пониженного настроения, нарушения сна. Нарушения ды-

хания при неврастении часто сочетаются с кардиалгическим и кардиофобическим синдромом.

Дифференциальный диагноз. Невротические нарушения дыхания, прежде всего синдром нарушения ритма дыхания, ларингоспазм, нарушения дыхания при страхе замкнутого пространства, необходимо дифференцировать от дыхательной недостаточности, обусловленной бронхиальной или сердечной астмой. Отличительными признаками нарушений дыхания при неврозах являются: 1) связь с психотравмирующими факторами; 2) отсутствие цианоза, хрипов в легких, экспираторного или инспираторного типа одышки; 3) характерная дыхательная аритмия с периодическими глубокими вдохами и последующими кратковременными задержками дыхания при синдроме нарушения ритма дыхания и страхе замкнутого пространства и кратковременное стенотическое дыхание при ларингоспазме, сопровождаемое обильной отрыжкой воздухом; 4) при физиологических исследованиях характерно расхождение между высокими показателями пневмотахометрии, в том числе на выдохе, и резко положительной пробой Штанге; 5) отсутствие признаков сердечно-легочной недостаточности даже при многолетнем течении болезни; 6) отсутствие характерной для бронхиальной и сердечной астмы мокроты.

В ряде случаев сложность дифференциальной диагностики обусловливают сопутствующие невротическим нарушениям дыхания респираторные заболевания, прежде всего острые и хронические бронхиты и пневмонии. В этих случаях дополнительными признаками невроза являются: характерный лающий кашель и «ножницы» между положительной, обратной динамикой объективных признаков воспалительного заболевания и отсутствием или даже нарастанием клинических проявлений невротической одышки. Эффективность применения транквилизаторов и особенно психотерапии подтверждает невротический характер дыхательного расстройства.

Нередко невротический ларингоспазм приходится дифференцировать от спазма мышц гортани при попадании инородного тела в верхние дыхательные пути, против чего говорит кратковременность приступа, его повторяемость. Необходимо исключить органическую церебральную патологию, следствием которой может быть одно- или двусторонний парез мышц мягкого неба и глоточного кольца, обусловливающих поперхивание пищей.

Невротическую икоту обычно не представляет труда отдифференцировать от икоты органического генеза, наблюдаемой при тяжелой церебральной патологии и интоксикациях у соматически тяжелых больных, как правило, пожилого возраста. На последнее обстоятельство, ссылаясь на свои наблюдения и данные других авторов, указывают Н. В. Сюдмак и О. В. Романишин (1981). Подчеркиваются большие трудности при купировании неукротимой икоты, развившейся на фоне хронической почечной недостаточности и при мозговых инсультах, несмотря на применение различных лекарственных препаратов, рентгеновское облучение шеи и гипоталамической области, паранефральные и шейные вагосимпатические блокады, сдавление, перерезку и блокаду диафрагмальных нервов, перерезку чревных нервов, введение раствора хлорида кальция.

Среди исследований, касающихся невротических расстройств дыхания, особого внимания заслуживает работа В. Д. Тополянского и М. В. Струковской (1986). Авторы клинически тонко, в деталях описывают различные типы проявлений невротических нарушений дыхания, специально не систематизируя их. К психогенной одышке они относят и пароксизмальные дыхательные расстройства в клинике скрытой эндогенной депрессии, впрочем тут же называя их приступами мнимой невротической астмы. По их данным, случаи ложной астмы (одной из причин диагностических ошибок в клинике так называемых органоневрозов) выявляются на фоне аффективной напряженности самого различного генеза и нозологической принадлежности — от истерии до шизофрении.

Говоря о дифференциальной диагностике между невротическими расстройствами дыхания и бронхиальной астмой, а также сердечной астмой, В. Д. Тополянский и М. В. Струковская отмечают, что в пользу «невротической астмы» свидетельствуют отсутствие цианоза, бронхоспазма, хрипов в легких, мокроты; признаки сердечной или сердечно-легочной недостаточности не появляются даже при многолетнем течении болезни; возможен функциональный систолический шум на верхушке сердца, респираторный алкалоз; выражена склонность к невротическим, особенно истерическим реакциям под воздействием психотравмирующих факторов.

Необходимо подчеркнуть, что нарушения дыхания при неврозах являются клиническим выражением его и находятся в связи с психотравмирующими обстоятельства-

ми, невротическим конфликтом, а также нарушениями речевого и носового дыхания и при устранении их восстанавливаются.

Для ларвированной депрессии как эндогенного заболевания характерны в отличие от неврозов спонтанное угнетение настроения и вегетативные дисфункции; обычно по утрам, в первой половине дня больные чувствуют себя хуже вне всякой связи с психотравмирующими обстоятельствами. Дифференциальной диагностике нарушений дыхания при неврозах и соматизированной депрессии помогают успешность психотерапии у первых и резистентность у вторых, а также характерная отгороженность при проведении групповой психотерапии у эндогенных больных, преобладание в их клинической картине своеобразных, трудно поддающихся объяснению сенестопатий. Важным в дифференциальной диагностике является также то обстоятельство, что при сочетанном применении антидепрессантов и транквилизаторов без специальной психотерапии на фоне положительной динамики ларвированной депрессии резко уменьшаются или исчезают нарушения дыхания.

НЕВРОТИЧЕСКИЕ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫЕ РАССТРОЙСТВА

Наряду с психогенными нарушениями сердечно-сосудистой и дыхательной систем желудочно-кишечные расстройства являются одними из наиболее частых при неврозах. Из всего многообразия так называемой функциональной патологии пищеварительной системы здесь приводятся лишь те нарушения, которые обусловлены преимущественно психогенными механизмами и включаются в клинические картины невротических состояний.

Еще Л. В. Блуменау (1913) указывал, что изменения функции желудочно-кишечного тракта наблюдаются почти у 80 % больных неврозами. В. Д. Тополянский, М. В. Струковская (1986) рассматривают психогенные факторы и эмоциональное напряжение в качестве основной причины всех желудочно-кишечных расстройств у 80 % больных, а диспепсические, сенсорные и моторные нарушения пищеварительного тракта — как один из важнейших способов выражения эмоций.

Нарушения со стороны желудочно-кишечного тракта, выступавшие в качестве основного или одного из основных синдромов, определявших декомпенсацию больных

Таблица 4. **Основные клинические проявления желудочно-кишечных нарушений при неврозах**

Синдром	Число больных		
	общее число	мужчины	женщины
Нарушения функций пищевода	38	10	28
В том числе:			
спазм пищевода	33	8	25
кардиоспазм	5	2	3
Нарушения функций желудка	59	16	43
В том числе:			
аэрофагия	4	1	3
отрыжка	10	3	7
срыгивание	5	2	3
рвота	20	2	18
гастралгия	20	8	12
Нарушения функций кишечника (кишечные кризы)	48	16	32
Прочие	1		1
Итого...	146	42	104

неврозами, отмечены нами у 146 из 2000 больных (14,6 %). В табл. 4 приведены основные клинические синдромы желудочно-кишечных нарушений при неврозах, их относительная частота и характеристика больных по полу.

Переходя к описанию основных видов невротических расстройств желудочно-кишечного тракта, отметим преобладание их у женщин по сравнению с мужчинами. При некоторых синдромах эти различия становятся особенно заметными, например в случае рвоты, которая наблюдалась у 18 женщин и лишь у 2 мужчин. В работе М. В. Коркиной и В. В. Марилова (1984), в которой приводятся данные обследования 170 больных с так называемой функциональной психосоматической патологией пищеварительного тракта, также отмечено явное преобладание женщин (131 наблюдение).

Синдром нарушения функций пищевода. В литературе невротические расстройства функций пищевода подразделяются на двигательные, чувствительные и чувствительно-двигательные. Чистые варианты крайне редки; двигательные (спастические) нарушения обычно являются одновременно и чувствительными. Наиболее типичное психогенное нарушение функций пищевода — спазм пищевода, возникающий внезапно под влиянием острой

психической травмы. Заболевают чаще женщины в возрасте 20—30 лет. Во время еды наблюдается задержка прохождения пищевой массы, сопровождающаяся неприятными ощущениями в загрудинной области. Спастические явления, обусловливающие расстройство глотания (дисфагию), могут локализоваться не только в области «рта» пищевода, но и на любом другом его уровне. Пищевой ком некоторое время остается без движения, а затем либо с усилием проталкивается в желудок, либо выводится посредством так называемой пищеводной рвоты. Возникнув однажды во время еды, расстройство вновь повторяется каждый раз при приеме пищи. Весьма характерно, что больные со спазмом пищевода часто легче глотают твердую, чем жидкую пищу, что является важным дифференциально-диагностическим критерием для отграничения от органической патологии пищевода. Ощущение сжатия, присутствия инородного тела в пищеводе со временем возникает не только при еде, но и вне приема пищи — в периоде, непосредственно ему предшествующем, при мысленном представлении приема пищи, наблюдении за едой других людей и др.

Двигательные нарушения функций пищевода сопровождаются своеобразными чувствительными расстройствами, которые характеризуются ощущением давления, жжения, иногда болью, локализующейся за грудиной, а иногда в межлопаточном пространстве.

Значительно реже описанного синдрома наблюдается синдром кардиоспазма — спазма кардиального отдела пищевода. И в этом случае основная жалоба больных — дисфагия с затруднением прохождения пищи в нижней части пищевода. Дисфагии сопутствуют болевые ощущения в области мечевидного отростка грудины. Типичными для кардиоспазма являются срыгивания пищей, реже отрыжка воздухом вследствие аэрофагии. В отдельных случаях больные после срыгивания вновь пережевывают пищу (явление, называемое жвачкой — ruminatio). При неврозах симптом жвачки может наблюдаться и при снижении тонуса в кардиальной части пищевода; при этом через расслабленную кардию пища во время еды забрасывается в пищевод. В этом случае также обычны отрыжка и срыгивание пищи.

Некоторые авторы отмечают, что такой классический невротический (чаще истерический) симптом, как globus hystericus, выражающийся в ощущении клубка, часто болезненного, в верхнем отделе пищевода, обусловлен

чувствительно-двигательными нарушениями функции пищевода.

Двигательные и чувствительные расстройства функции пищевода сопровождаются эмоционально-аффективными нарушениями, к числу которых относятся состояния тревоги, страха перед едой, реже навязчивые страхи (канцерофобия и различные варианты танатофобии). У лиц с чертами тревожной мнительности отмечаются фиксированные или доминирующие идеи ипохондрического содержания.

Описанный синдром нарушения функций пищевода чаще наблюдается при неврозе навязчивых состояний и истерии. В последнем случае расстройства функции пищевода сочетаются с присущими этой форме невроза демонстративностью, манерностью, эгоцентризмом. Особенностью синдрома является различная степень выраженности симптомов («мерцание» симптомов), что определяется ситуационными моментами и установками больного.

Нарушение функций желудка. В табл. 4 указаны основные виды невротических желудочных расстройств, обусловленных нарушениями двигательной, чувствительной и секреторной функций. Это анорексия, аэрофагия, отрыжка, срыгивание, рвота и гастралгия. Практически именно эти синдромы, ставшие уже классическими, составляют основное содержание понятия «невроз желудка».

Анорексия той или иной степени выраженности относится к распространенным симптомам при различных формах неврозов. Т. С. Истаманова (1958) снижение аппетита отметила у 39 % больных неврастенией, при этом оно не сопровождалось отвращением к пище. Более того, у больных (чаще страдающих неврастенией) нет существенного снижения аппетита, иногда они даже с удовольствием приступают к еде, однако вскоре после начала ее аппетит исчезает, появляется ощущение частичного или полного насыщения.

При неврозах анорексия нередко сочетается с другими нарушениями функций желудочно-кишечного тракта: отрыжкой, изжогой, тяжестью в желудке, метеоризмом и др. Реже, чем анорексия, у больных неврозами встречается повышение аппетита — «волчий голод» (булимия). В данном случае речь идет об анорексии при неврозах, а не о синдроме «нервной анорексии» (anorexia nervosa), рассматриваемом некоторыми авторами в качестве само-

стоятельного пограничного психического заболевания [Коркина М. В. и др., 1986].

Аэрофагия характеризуется тем, что больные, испытывая нерезко выраженные дискомфортные ощущения со стороны желудочно-кишечного тракта, заглатывают или засасывают воздух с последующим отхождением его из желудка, проявляющимся в виде шумной отрыжки, в той или иной степени облегчающей первичные дискомфортные ощущения. В дальнейшем при учащении заглатывания воздуха и увеличении его количества в желудке возникают чувство стестения в груди и боль в эпигастральной области, также значительно уменьшающиеся при отрыжке. При выраженной аэрофагии вследствие давления газового пузыря на диафрагму и высокого стояния последней могут появляться неприятные и болевые ощущения в области сердца. Хотя аэрофагия встречается при различных формах неврозов, особенно яркие картины ее, сопровождающиеся эмоционально-аффективными расстройствами, наблюдаются при истерии.

В некоторых случаях нервная отрыжка является основной в клинической картине и может продолжаться длительное время от нескольких часов до нескольких дней. Этот процесс происходит без тошноты или позывов на рвоту. В связи с тем что после отрыжки больной испытывает облегчение, он может вызывать ее искусственно. У женщин, больных истерическим неврозом, отрыжка может сопровождаться громким судорожным криком.

Аэрофагия, нервная отрыжка и гастрокардиальный симптомокомплекс в литературе объединяют термином «пневматоз желудка», который может быть как проявлением органических заболеваний, так и расстройством психогенного характера.

Рвота — достаточно распространенный симптом при нарушении функций желудочно-кишечного тракта. Больные с невротической рвотой часто длительно и безуспешно лечатся у терапевтов, инфекционистов, хирургов, нередко попадают на операционный стол с подозрением на острое заболевание органов брюшной полости. Из 86 больных нашей клиники, страдавших невротическими желудочно-кишечными расстройствами, 13 были оперированы преимущественно на брюшной полости; в сумме им было сделано 22 операции.

В отечественной литературе отсутствует единство в отношении терминологического определения невротичес-

кой рвоты. Б. Ф. Тищенко (1972) в нашей клинике была предложена следующая классификация этого вида расстройств: 1) произвольная рвота; 2) рвота, возникающая по механизму индукции и подражания; 3) рвота преимущественно эмоционального генеза; 4) периодическая рвота.

Произвольная рвота клинически проявляется в форме срыгиваний. Вегетативные компоненты (саливация, бледность кожных покровов, тахикардия, рвотные судороги) не выражены. Отсутствует тошнота. Срыгивание наступает непосредственно после еды; вид и количество пищи не имеют существенного значения. При срыгивании выводится лишь незначительное количество пищи. В основе происхождения данного вида рвоты лежат явные или скрытые тенденции больных ограничивать себя в пище посредством срыгивания. Мотивы этих тенденций колеблются в широких пределах: от преувеличенных опасений или неправильных представлений при ситофобиях (страх еды из-за боязни нарушить диету, страх перед возможными неприятными последствиями еды, ограничение себя в пище с целью предупреждения полноты и др.) до фиксированных и доминирующих идей. Указанная разновидность невротической рвоты при истерической форме невроза очень часто сочетается с нервной анорексией.

Примером произвольной рвоты эпизодического характера могут служить срыгивания у больных, страдающих навязчивыми страхами кишечных расстройств («кишечные кризы»), описанных В. М. Бехтеревым. Чтобы предупредить эти расстройства, больные постоянно придерживаются исключительно строгой диеты, зачастую ими же самими разработанной. В тех случаях, когда, по их мнению, происходит нарушение установленной диеты, они нередко стараются вызвать у себя искусственную рвоту, что постепенно приводит в ряде случаев к навязчивому срыгиванию пищи.

Произвольная рвота характерна также для больных с синдромом нервной анорексии.

Рвота, возникающая по механизму индукции и подражания. В литературе эта группа расстройств специально не выделяется. Клинические проявления их различны. Индуцированная рвота — это истинная рвота, сопровождающаяся вегетативными реакциями. В периоде, предшествующем рвоте, чувство тошноты часто отсутствует, рвота возникает тотчас или

вскоре после приема пищи, характер и количество пищи особого значения не имеют. Выводится большое количество пищевой массы, но не вся принятая пища. Рвота, возникающая по механизму подражания, носит характер срыгиваний.

Рвота преимущественно эмоционального генеза. В зарубежной литературе ее нередко называют символической. Клинически эта рвота характеризуется достаточно выраженными вегетативными компонентами. Примером рвоты преимущественно эмоционального происхождения служит следующее наблюдение.

Больная П., 24 лет, инженер. Жалобы на общую слабость, утомляемость, плохой сон, временами головную боль, угнетенное настроение. Аппетит снижен, во время еды часто возникают тошнота и рвота.

Наследственность не отягощена. По характеру всегда была спокойной, выдержанной. В школе училась хорошо, окончила институт.

Больна около 3 мес. Причиной заболевания считает неудачно сложившуюся семейную жизнь: 6 мес назад больная вышла замуж, муж оказался весьма непорядочным человеком в моральном и бытовом отношении. В первые дни знакомства он проявил к ней исключительное внимание: ежедневно дарил цветы, сопровождал на прогулках, заботился о ее родственниках, торопил со свадьбой. Однако, как выяснилось в дальнейшем, все его поведение было вызвано отнюдь не чувством любви к больной. Основной целью было найти «богатую невесту» с квартирой в Ленинграде. Сразу же после свадьбы муж стал настаивать на разделе жилплощади, чтобы «жить отдельно и оценить, какая у него будет жена». В связи с отказом больной пойти на это, мотивированным тем, что родители у нее престарелые, нуждаются в уходе и не стоит делить хорошую жилплощадь, муж стал требовать развода и судебного раздела жилплощади. Вместе с этим он писал на отца больной по месту его службы клеветнические жалобы, обвинял тещу в том, что она воспитала «маменькину дочку», угрожал побоями. Создал в семье нетерпимую обстановку. У отца случился инфаркт миокарда, у матери несколько раз отмечались гипертонические кризы. Больная тяжело переживала семейный конфликт, испытывая глубокое чувство вины перед родителями за свое неудачное замужество. У нее расстроился сон, появились угнетенное настроение, растерянность, слезливость.

Пациентка на первом приеме не сообщила о причинах рвоты. Второй раз она пришла самостоятельно, и в беседе заявила, что спустя примерно месяц после свадьбы муж больной, не удовлетворяясь обычными формами половой близости, стал предлагать ей извращенные сексуальные отношения (fellatio). Когда больная отказалась, он насильно пытался принудить ее к этому. У больной в тот же момент возникла рвота. Больная глубоко была потрясена всем этим, в дальнейшем при воспоминании и представлении этой ситуации у нее стали возникать приступы тошноты и рвоты. Рвота появлялась каждый раз в присутствии мужа, к которому больная стала питать глубокое отвращение.

Объективно: со стороны внутренних органов без органической патологии. Симптомов очагового поражения нервной системы не опре-

деляется. Тремор вытянутых пальцев рук, неустойчивость в позе Ромберга. Стойкий красный дермографизм. Астенизирована, эмоционально лабильна, легко плачет, мысли сосредоточены на переживании семейного конфликта. Лабораторные данные без отклонений от нормы.

Диагноз: неврастения с синдромом невротической рвоты.

С больной проводилась ободряющая и корригирующая психотерапия. Ей были назначены седативные и снотворные препараты. На фоне проведенного лечения рвота уменьшилась, улучшилось общее состояние. Катамнез 3 года. Больная оформила развод с мужем. Он разменял жилплощадь и уехал из Ленинграда. Больная полностью выздоровела, рвота прекратилась. Она повторно вышла замуж, родила ребенка, работает.

В данном примере очевиден эмоциональный генез рвоты: она возникла у больной на почве переживания острого чувства отвращения в связи с требованиями со стороны мужа неприемлемых для нее сексуальных отношений. Фиксация рвоты и ее повторяемость были следствием генерализованного отвращения к мужу из-за его аморального поведения.

Периодическая рвота. Впервые она была описана в 1882 г. E. Leyden. Особенностями этого вида рвоты являются ее периодичность, возвратный характер без всяких признаков болезни между приступами. Нередко приступу рвоты предшествует продромальный период с явлениями вялости, слабости, снижения аппетита. Приступы периодической рвоты характеризуются особой выраженностью вегетативных компонентов рвотного акта. Хотя во многих случаях приступы периодической рвоты действительно возникают в связи с психотравмирующими факторами, отсутствуют убедительные доказательства ее невротической природы.

Заслуживает упоминания синдром «перистальтического беспокойства желудка», описанный A. Kussmaul в 1878 г. Клинически он проявляется приступами тошноты и рвоты, нередко сопровождающимися болью в животе, вздутием, громким урчанием и повышенной саливацией; возникает эпизодически. Обычно рассматривается как разновидность невротической рвоты.

Даже частые приступы невротической рвоты не ведут к значительному истощению, за исключением случаев тяжелой истерии, когда может наблюдаться выраженное похудание, доходящее до степени кахексии.

Гастралгия. Другим видом невротических желудочно-кишечных расстройств является гастралгия. Для нее характерны ощущения тяжести, распирания в эпигастральной области, чувство переполнения желудка, жже-

ния, боль. Эти ощущения не столь стойки, как при гастрите. Типичным является их возникновение не в связи с приемом пищи, а под влиянием эмоционального напряжения. Полиморфность и неопределенность ощущений со стороны желудка, трудность их терапевтической оценки и ятрогении могут привести к развитию патологических идей ипохондрического содержания, от фиксированных идей до выраженных навязчивых страхов (чаще всего канцерофобии).

Невротические расстройства функций кишечника. Клиническая картина психогенных расстройств кишечника чрезвычайно разнообразна, что объясняется различной степенью нарушения секреторной, моторной и чувствительной функций.

Хорошо известны и не требуют специального описания нарушения моторной и секреторной функций кишечника, проявляющиеся при усилении перистальтики или повышении секреции диареей. При остром эмоциональном напряжении наблюдается так называемая медвежья болезнь. Иногда больные жалуются, что у них без видимых причин возникает понос, который ни с едой, ни с чем другим они связать не могут. Однако и здесь, как правило, отмечается ситуационная обусловленность расстройства. В случае замедленного проведения содержимого кишечника возникает запор, иногда это только ощущение запора, не существующего в действительности.

Следует выделить так называемое перистальтическое беспокойство кишечника (кишечные кризы). В этих случаях однократное возникновение в условиях эмоционального стресса выраженной перистальтики кишечника, проявляющейся громким урчанием, метеоризмом, иногда позывами на отхождение газов или дефекацию либо невозможностью освободить кишечник при наличии позывов, в дальнейшем фиксируется (часто по механизму условного рефлекса), и у больных развивается состояние тревожного ожидания повторения указанных расстройств в самых неподходящих ситуациях. Это первоначально невинное нарушение нередко является источником тяжелых переживаний для больного, затрудняющим его общение с незнакомыми людьми, посещение общественных мест и др. Продолжающиеся кишечные кризы во многих случаях приводят к развитию навязчивого страха (страх неудержания кишечных газов в общественном месте, запора и переполнения кишечника каловыми массами с последующим разрывом кишки, страха заворота кишок и мучи-

тельной смерти, канцерофобии и др.). В симптомокомплекс кишечных кризов включаются и чувствительные расстройства, проявляющиеся внезапно возникающей болью или ощущениями жжения в кишечнике, которые больные воспринимают как спазмы.

У некоторых женщин, в особенности страдающих вагинизмом, наблюдается особый симптомокомплекс — проктизм. Он выражается в гиперестезии прямой кишки и заднепроходного отверстия, вызывающей многочисленные и крайне неприятные ощущения.

В тех случаях, когда кишечные кризы сопровождаются нарушениями мышления, выходящими за пределы фиксированных и навязчивых идей и приближающимися по своей структуре к сверхценным паранойяльным образованиям, следует рассматривать этот синдром как дисморфобию в рамках психопатий и психозов. Дифференциальная диагностика в таких случаях нередко представляет значительные затруднения [Коркина М. В., Морозов П. В., 1979].

Особенности желудочно-кишечных расстройств при основных формах неврозов. Как показали исследования, проведенные в нашей клинике [Абабков В. А., 1981, 1984], системные соматические расстройства наблюдаются у больных со всеми формами неврозов. Выявлена определенная взаимосвязь между формой невроза и характером соматических расстройств. У больных истерией чаще наблюдаются дыхательные и желудочно-кишечные, при неврастении — сердечно-сосудистые нарушения. Эти различия статистически достоверны. Из 40 больных с системными желудочно-кишечными расстройствами истерия диагностирована у 23, невроз навязчивых состояний — у 6, неврастения — у 3 и недифференцированная форма невроза — у 8 больных.

Характерные для больных истерией личностные особенности в виде демонстративности, театральности, позерства, симулятивных тенденций в большей или меньшей степени сопровождают все желудочно-кишечные расстройства при этой форме невроза. У некоторых больных рвота сочетается с другими классическими истерическими симптомами — астазией-абазией и пр. Истерический характер часто имеют расстройства функции пищевода [Теммоев Д. Ч., 1983]. При неврозе навязчивых состояний наблюдаются спазм пищевода, «кишечные кризы», навязчивая рвота. В психопатологическом плане основной здесь является фобическая переработка болезненных

соматических расстройств, а в случае длительного течения болезни — также и ипохондрическая. Чаще встречаются канцерофобии и различные варианты танатофобий — страх смерти от удушья, истощения.

У больных неврастенией отмечаются анорексии, гастралгии, нарушения функций кишечника и некоторые типы невротической рвоты. Рвота при неврастении часто носит характер срыгивания или отрыжки пищей и не сопровождается выведением из желудка больших количеств пищевых масс.

Дифференциальный диагноз. Многообразие клинических проявлений нарушения желудочно-кишечного тракта у больных неврозами, наличие значительных контингентов больных с невротической фиксацией расстройств желудочно-кишечного тракта, обусловленных органической патологией, рефлекторными механизмами, связанными с патологией других органов и систем, частые сочетания невротически и органически обусловленных нарушений обусловливают значительные трудности при их дифференциальной диагностике. Эти трудности усугубляются существованием псевдоневротических расстройств желудочно-кишечной деятельности при различных соматических и психических заболеваниях.

Трудности дифференциальной диагностики невротических желудочно-кишечных расстройств рассмотрим на примере одного из наиболее частых нарушений — невротической рвоты.

Из 86 больных, наблюдавшихся в нашей клинике [Тищенко Б. Ф., 1972], чисто психогенный характер этот симптом имел у 45 больных, соматический генез рвоты с психогенной фиксацией установлен у 31 больного и у 10 пациентов диагностирована псевдоневротическая (соматогенная) рвота.

В группе больных с психогенной фиксацией рвоты, вызванной соматическими причинами, в основе ее возникновения первично лежала «рвотная готовность», обусловленная имеющимися или перенесенными в прошлом соматическими заболеваниями; среди них на первом месте стояли заболевания пищеварительного тракта, среди других причин отмечены остаточные явления церебральной патологии и пр. Эти больные представляют нередко большие трудности для диагностики, лечения, решения экспертных вопросов. Выявленные нарушения при соматическом обследовании и данные изучения особенностей личности и поведения больного в клинике не

всегда позволяют судить о причинах возникновения и фиксации рвоты. Очевидно, что требуется самый тщательный анализ анамнестических сведений, знание конкретной ситуации и отношений, сложившихся у больного в сфере производства, семьи, условий проживания. Фиксирующими факторами были патогенные переживания, связанные с конфликтами, часто трудно разрешимыми проблемами в различных сферах человеческих отношений, преимущественно семейных и производственных.

В группе расстройств, которые можно обозначить как псевдоневротическая рвота (соматогенного характера), оказались больные, которые поступили в клинику с диагнозом невротической рвоты, однако в дальнейшем при более тщательном обследовании у них обнаружились те или иные соматические нарушения, частым симптомом при которых была рвота. Какой-либо конкретной психогении у больных этой группы выявить не удалось. Отсутствовала невротическая переработка симптома. Реакция на имеющиеся болезненные проявления носила адекватный характер.

В нашей клинике наблюдалось несколько больных с диагнозом невротической рвоты, у которых при их дальнейшем изучении были установлены психические заболевания. Рвота формировалась в этих случаях на почве бредовых идей (бред отравления, заражения). В описываемом плане представляет дифференциально-диагностический интерес так называемая произвольная рвота.

Так, в отделении находилась больная Е., 32 лет, с шизофренией. При малейших неприятных ощущениях в горле или в животе она вызывала у себя рвоту для того, чтобы «уморить глистов», поскольку полагала, что все ее желудочные расстройства связаны с заражением глистами. У другой больной К., 30 лет, со скрытой, маскированной депрессией и суицидальными мыслями произвольная рвота была средством к достижению именно этой цели (покончить с собой).

Наш многолетний опыт работы с больными неврозами в амбулаторных и стационарных условиях позволяет утверждать, что большое значение в дифференциальной диагностике невротических желудочно-кишечных расстройств имеют скрытые, соматизированные депрессии. При незначительной выраженности или даже полном отсутствии классических симптомов эндогенной депрессии на первое место здесь выступает преимущественное нарушение телесного чувства. Подобные формы скрытой депрессии часто проявляются резким снижением аппетита, тошнотой и рвотой по утрам.

При дифференциально-диагностическом разграничении системных психогенных желудочно-кишечных расстройств с органическими заболеваниями желудочно-кишечного тракта необходимо учитывать некоторые общие их особенности при неврозах: отсутствие зависимости расстройств функций пищеварительной системы от приема пищи и ее характера; отсутствие сезонности в течении болезни; ситуативная обусловленность симптоматики, ее зависимость от эмоционально-аффективных факторов; отсутствие эффекта от соматотерапии при положительном влиянии психотерапевтических методов и седативных средств.

Улучшению дифференциальной диагностики в последние десятилетия во многом способствовало развитие методов интрагастрального определения основных функций желудка и других отделов пищеварительной системы, применение при необходимости гистологических, гистоферментативных методов исследования, гастробиопсий [Бабаходжаев Н. К., 1971; Крылова Г. С., 1988].

Прогресс в области лабораторного исследования желудочно-кишечного тракта предъявляет вместе с тем и дополнительные требования к проведению дифференциальной диагностики между функционально-невротическими и органическими его поражениями. Выявление даже незначительных морфологических изменений со стороны желудочно-кишечного тракта нередко склоняет клинициста к диагностированию органической патологии. Недооценивается возможность ее невротической фиксации, а также патопластическая роль этих нарушений в формировании собственно невротической симптоматики, определяющей декомпенсацию больного и выявляемой лишь при более глубоком клинико-психологическом исследовании.

СИНДРОМ НЕРВНОЙ АНОРЕКСИИ

Нервная (психическая) анорексия (anorexia nervosa, anorexia mentalis) — заболевание, впервые описанное под названием «нервная чахотка» Мортоном в 1689 г. (цит. по Г. К. Ушакову, 1987), однако более систематическое изучение клиники этого синдрома было положено работами W. Gull (1868) и E. Ch. Lasegue (1873). W. Gull принадлежит и название болезни. Основным симптомом нервной анорексии является сознательный отказ от еды, иногда в мучительной борьбе с чувством голода, что приводит больных к значительному исхуданию, а в особо

выраженных случаях — кахексии. Такую анорексию называют дисморфофобической, так как причиной ее является болезненная убежденность в излишней полноте. М. В. Коркина и соавт. (1986) считают, что у большинства больных, страдающих неврозами и психопатиями, речь идет не столько о дисморфофобии, т. е. навязчивых мыслях о дефекте, сколько о болезненно переоцениваемом недостатке — о дисморфомании.

В качестве вторичных симптомов наряду с потерей массы тела выступают аменорея, брадикардия, снижение систолического и диастолического артериального давления, сухость кожных покровов, запор, гипотермия, гипокалиемия, метаболический алкалоз и другие соматогормональные сдвиги.

Заболевание встречается в подавляющем большинстве случаев примерно в одном и том же возрасте — пубертатном и постпубертатном (14—18 лет), но иногда наблюдается и у детей препубертатного возраста. Некоторые авторы указывают на «повзросление» нервной анорексии: начало ее в ряде случаев отмечается после 20 лет (до 30—35 лет). Нервной анорексией страдают в основном девушки; соотношение мужчин и женщин, по данным литературы, 1:20. Среди 42 больных нервной анорексией, наблюдавшихся в нашей клинике, юношей было только 2. В работе М. В. Коркиной и соавт. (1986) отмечается, что в последние два десятилетия процент мужской анорексии значительно увеличился (по данным авторов, соотношение нервной анорексии у лиц женского и мужского пола составляет 1:9). Обращается внимание, что у всех обследованных больных мужчин имел место шизофренический процесс.

Нервной анорексии посвящено большое число публикаций, число которых, особенно за рубежом, постоянно растет. В отечественной литературе это прежде всего фундаментальная монография М. В. Коркиной и соавт. (1986) «Нервная анорексия», в которой приводятся результаты многостороннего клинико-катамнестического, психологического и биологического обследования 507 больных с синдромом нервной анорексии (катамнез до 25 лет), а также работы Г. К. Ушакова (1971), В. В. Ковалева (1979), А. Е. Личко (1985) и др. Увеличение публикаций объясняется рядом причин. До настоящего времени нет единого мнения о нозологической и феноменологической сущности данного синдрома, неясен вопрос относительно его этиологии и патогенеза, нет

единства даже в трактовке названия заболевания.

Синдром нервной анорексии встречается при широком круге нервно-психических заболеваний: неврозах, психопатиях, органической патологии головного мозга, шизофрении и др. Большие трудности могут возникать при дифференциальной диагностике синдрома как при указанных заболеваниях, так и при целом ряде соматических и эндокринных болезней. Многие авторы единодушно отмечают увеличение числа больных нервной анорексией. «Аноректический взрыв в популяции» объясняется изменением роли женщины в обществе, упрочением определенных эстетических стандартов, влиянием средств массовой информации, пропагандирующих похудание и определенные диеты и др. Изучение синдрома нервной анорексии может быть использовано для раскрытия роли биологических, психологических и социальных факторов в патологии в соответствии с тенденцией перехода от нозоцентрической к антропо- и социоцентрическим моделям в современной медицине.

Заболевание у большинства пациентов развивается постепенно. Анорексия формируется, как правило, на фоне длительного нервно-психического перенапряжения, связанного с учебой в дневной или вечерней школе, сдачей экзаменов, подготовкой к поступлению в вуз и т. д. Важно отметить, что сами больные редко обращаются за медицинской помощью, а идут к врачу только после длительных и настойчивых уговоров родственников или знакомых. Для всех этих больных характерна тенденция к достижению высших социальных стандартов. Их поступки всегда находятся в строгом соответствии с нормами и правилами, суждения отличаются инфантилизмом. Они крайне чувствительны к мнению окружающих об их моральном облике, их характеризует утрированное стремление к совершенству, бескомпромиссность, пунктуальность, аккуратность. У большинства больных отсутствует свойственная их возрасту непосредственность, живость, подвижность, а у женщин — кокетство.

Парадоксальным нередко выглядит тот факт, что на фоне крайне тяжелого физического состояния больные относятся к этому безразлично. Главным в их переживаниях становится не лечение или укрепление здоровья, а стремление продолжать учебу, обязательно поступить в вуз, получить высшее образование. Это носит характер доминирующей идеи. Попытка указать больным на угро-

жающее состояние их здоровья с целью изменить их отношение к продолжению учебы встречает явное или скрытое сопротивление, негативизм и раздражение.

Наблюдавшаяся в клинике неврозов нервная анорексия в наибольшей мере соответствует понятию «истерической анорексии». Если в одних случаях стремление к похуданию, особенно в начале заболевания, тщательно маскируется, то в других (при выраженной истерии), напротив, оно приобретает демонстративный характер. Придавая особое значение оценке окружающими своей внешности, больные предпринимают различные меры, чтобы выглядеть худыми. С этой целью подбирают специальные фасоны одежды, носят широкие пояса, стягивающие талию, и т. д. Опасаясь чрезмерной прибавки в массе тела, используют слабительные, клизмы, рвотные средства, чрезмерные физические нагрузки. Ряд авторов указывает на взаимосвязь между степенью ощущения голода и моторной активностью больных нервной анорексией; подчеркивается их чрезмерная подвижность, присущее им субъективное ощущение отсутствия чувства усталости, постоянное стремление к движениям — от изнурительных занятий спортом до бесцельной моторной деятельности.

Стремление к похуданию и ограничению себя в пище даже при крайне незначительной или фактически отсутствующей полноте часто служит проявлением установки максимально соответствовать современным стандартам красоты и моды.

Идеи о необходимости похудания или представления о косметической неполноценности могут у больных клиники неврозов носить характер доминирующих, навязчивых и сверхценных. В последнем случае, естественно, необходима дифференциальная диагностика с психопатиями и инициальными стадиями шизофрении.

Ряд авторов подчеркивают ошибочность самого названия синдрома «психическая анорексия», как это делает известный французский психоневролог L. Michaux (1967). Он отмечает, что анорексия у таких больных — не исходный пункт, а цель, достигаемая добровольным и тягостным ограничением питания. Болезнь, пишет он, начинается раньше анорексии, она может проявляться невротическими реакциями, если аноректические попытки не приводят к успеху. Автор предлагает поэтому определять синдром нервной анорексии как интенционную (преднамеренную) анорексию. Вместе с тем он полагает,

что основой развития болезни здесь является слабость аппетита. Сильный аппетит нельзя ослабить даже самым решительным намерением (анорексия никогда не могла бы быть содержанием невроза у Гаргантюа). L. Michaux не исключает возможности перехода психической анорексии в подлинную даже с летальным исходом.

М. В. Коркина и соавт. (1986) в развитии нервной анорексии у больных с пограничными состояниями выделяют несколько этапов. Первый, или инициальный, этап характеризуется возникновением ситуационно обусловленных попыток «коррекции внешности», которые носят, однако, эпизодический характер. Этот этап может продолжаться до 2—3 лет. Второй этап болезни — период активной коррекции «излишней полноты» (или аноректический этап). В стремлении к похуданию больные начинают отказываться от еды, прибегают к интенсивным физическим нагрузкам, вызывают рвоту после каждого приема пищи, принимают слабительные средства. Уже на этом этапе по мере похудания появляются соматоэндокринные сдвиги. Третий этап — кахектический; для него типично резкое увеличение соматоэндокринных нарушений. Появляется аменорея, кожа становится сухой, по всему телу появляются пушковые волосы. На четвертом этапе — этапе редукции нервной анорексии — по мере нарастания массы тела и улучшения соматического состояния у больных могут вновь обостряться дисморфоманические переживания, и они снова начинают ограничивать себя в приеме пищи.

Для каждого этапа характерны определенные психопатологические проявления: на первом этапе — это сверхценность идеи полноты, нерезко выраженные аффективные расстройства и идеи отношения; на втором — раздражительность, вспыльчивость, склонность к истерическим реакциям; на третьем — астения с явлениями раздражительной слабости, при нарастании которой появляются деперсонализационно-дереализационные расстройства; на четвертом этапе по мере уменьшения соматогенной астении вновь может усиливаться симптоматика второго этапа. Выделяя нервную анорексию в качестве самостоятельной формы, авторы вместе с тем не исключают рассмотрения синдрома нервной анорексии в структуре неврозов и других психических заболеваний. Даже выраженные соматоэндокринные нарушения у больных с нервной анорексией при значительном похудании (вплоть до кахексии) имеют обратимый характер.

В последние годы возрастает число работ, посвященных нервной (психической) булимии. Ряд авторов рассматривает ее как вариант нервной анорексии [Johnson-Sabine E. C. et. al., 1984, и др.]. Проявляется нервная булимия эпизодами переедания, для которых характерен страх невозможности остановиться в приеме пищи. После еды больные принимают слабительные, часто вызывают у себя рвоту, отчего испытывают чувство облегчения, уменьшения беспокойства и тревоги. Сочетание булимии и нервной анорексии обозначают также как «булимическую анорексию», или «булимарексию».

Дифференциальный диагноз синдрома нервной анорексии у больных неврозами в отечественной литературе представлен в работах Г. К. Ушакова (1971), М. В. Коркиной и соавт. (1986) и др.

Соматические жалобы часто служат первичным поводом обращения к врачу-интернисту, к эндокринологу. В дифференциально-диагностическом плане заслуживает упоминания, что страдающие тяжелыми соматическими заболеваниями пациенты, как правило, испытывают чувство общей слабости, легко астенизируются, избегают движений. Больные нервной анорексией, как уже отмечалось, напротив, проявляют двигательную активность, их не удержать в постели, каждую секунду они стараются использовать для успешных занятий в школе, других учебных заведениях, стремятся к хорошим показателям на работе.

В плане дифференциальной диагностики нужно иметь в виду больных со стертым течением болезни Симмондса и невыраженными формами болезни Аддисона. В связи со склонностью больных к диссимуляции и нередко значительными соматоэндокринными нарушениями диагностические ошибки встречаются здесь довольно часто. При болезни Симмондса (гипофизарная кахексия) отмечаются замедление речи, апатия, кахексия, аменорея, снижение выделения половых гормонов и гормонов коркового слоя надпочечников, снижение основного обмена. Более полно дифференциальный диагноз нервной анорексии и болезни Симмондса представлен Г. К. Ушаковым (1987).

Как отмечают М. В. Коркина и соавт. (1975, 1986), на инициальных этапах шизофренического процесса клинические проявления нервной анорексии могут мало отличаться от таковых при пограничных состояниях. Динамика синдрома нервной анорексии при шизофрении ха-

рактеризуется тем, что сознательный отказ от еды с целью похудания заменяется особыми формами нелепого, вычурного «пищевого поведения» (в частности, «рвотного поведения»), которое в дальнейшем почти полностью «отрывается» от дисморфоманических переживаний. Последние приобретают политематический характер, наблюдаются транзиторные «вкрапления» в основную структуру синдрома «инорегистральной» симптоматики (неглубокие расстройства мышления, диссоциация между желанием исправить недостатки и неряшливостью, неопрятностью, нередкой оказывается связь синдрома нервной анорексии с деперсонализационными и обсессивными явлениями, а также с сенестопатическими расстройствами). Придавая решающее значение в трудных случаях дифференциальной диагностике нервной анорексии в рамках шизофрении и пограничных нервно-психических расстройств учету данных динамического наблюдения, авторы вместе с тем подчеркивают, что у ряда больных, несмотря на длительный катамнез, окончательная диагностика представляет большие трудности ввиду недостаточной выраженности свойственных шизофрении изменений личности. Эти трудности возникают прежде всего в случаях преобладания у больных с преморбиде истерических черт характера, которые значительно усиливаются по мере течения заболевания и могут занимать ведущее место в его клинической картине.

При дифференциальной диагностике синдрома нервной анорексии в клинике неврозов необходимо иметь в виду также нервную анорексию как проявление эндогенной депрессии [Сорокина Т. Т., Евсегнеев Р. А. 1983, и др.], прежде всего при скрытых, маскированных ее формах.

НЕВРОТИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА МОЧЕВЫДЕЛИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ

Больные с невротическими расстройствами мочеиспускания в качестве основных клинических проявлений [Столова Е. А. и др. 1983: Карвасарский Б. Д., Простомолотов В. Ф., 1988] относительно редко попадают в специализированные стационары для лечения больных неврозами и кабинеты психотерапии поликлиник. Чаще они лечатся у урологов с диагнозами: «раздраженный мочевой пузырь», «цисталгия» и особенно часто — «неврогенный мочевой пузырь», так как последнее понятие в уроло-

гии включает в широком плане все расстройства функции мочевыделения, при которых не удается выявить органической патологии со стороны центральной или периферической нервной системы [Голигорский С. Д., 1970]. Из 2000 больных нашей клиники невротические расстройства мочевыделения в качестве основных симптомов отмечены лишь в 2,3 % случаев. В то же время анализ структуры посещений урологических кабинетов поликлиник показывает, что больных с ведущими жалобами на расстройство функции мочевого пузыря без признаков органического поражения значительно больше.

Невротические нарушения мочеиспускания протекают в виде двух основных вариантов: по типу частых и настойчивых позывов на мочеиспускание, особенно в многолюдных местах (преимущественно у женщин), и по типу затруднения или задержки мочеиспускания (преимущественно у мужчин), обнаруживающихся в присутствии посторонних.

Такие варианты нарушения функции мочевыделения, как неудержание мочи, особенно при резком физическом напряжении, кашле, чиханье, смехе и др., острая многочасовая задержка мочи с картиной «пареза» мочевого пузыря, полиурия в результате полидипсии, имитирующая несахарный диабет, обычно редко наблюдаемые у больных неврозами, встречаются при других формах нервно-психических расстройств: невротической фиксации органической патологии, при психопатических реакциях, в структуре реактивной и скрытой эндогенной депрессии.

Поллакиурия — учащенное (несколько раз в час), иногда болезненное мочеиспускание с императивными позывами, наблюдаемое в урологической практике в качестве основного симптома острых и хронических заболеваний мочевого пузыря, предстательной железы и задней уретры, — встречается также при неврозах. Обычно толчком к развитию этого расстройства на фоне эмоционального напряжения являются переохлаждение, острый шеечный цистит, половое перевозбуждение, временное употребление мочегонных, которые сочетаются с невозможностью по тем или иным соображениям, чаще этического характера, своевременно опорожнить мочевой пузырь и в связи с этим пережитым однажды интенсивным страхом не удержать мочу в общественном месте (транспорт, заседание, демонстрация и т. д.).

При внимательном ознакомлении с жалобами больных

и историей развития заболевания выясняется, что речь идет не столько о дизурических явлениях как таковых, сколько о появлении их в связи с зафиксированным тревожным ожиданием и страхом не удержать мочу в присутствии других людей. Это подтверждается тем, что отвлечение внимания, нахождение в помещении с расположенным рядом туалетом, когда ничто не мешает в любой момент воспользоваться им со всеми удобствами, и, как правило, сон прерывают поллакиурию у таких пациентов. Напротив, необходимость пользоваться общественным транспортом продолжительное время, особенно в часы пик, условия труда и быта, когда нельзя свободно, не привлекая внимания сотрудников и гостей, отлучиться из помещения в туалет, доставляют больным многочисленные страдания, вызывая и усиливая неприятные ощущения в области промежности и мочевого пузыря, а также императивные позывы опорожнить его. При установлении хорошего психотерапевтического контакта больной с горькой иронией признается, что ему известны места расположения всех общественных туалетов по пути следования по городу, все пустыри, новостройки, все проходные дворы, парки и скверы.

Однако, прежде чем попасть к психотерапевту, такой больной неоднократно посещает интернистов и урологов, где жалобы его звучат по-иному и акцентированы на телесных сенсациях, мучительных ощущениях в урогенитальной области — следствии какого-то серьезного урологического заболевания, по мнению пациента, доставляющего ему столько неприятностей социально-психологического характера. За это время больной проходит многочисленные обследования в амбулаторных и стационарных условиях, которые не подтверждают органической природы расстройств, но тем не менее обычно с диагнозом «раздраженный мочевой пузырь» или чаще «неврогенный мочевой пузырь» он долгие месяцы и годы получает антибактериальную, противовоспалительную терапию.

Страдая от навязчивого страха не удержать мочу в общественном месте и опозориться, сопровождаемого императивными позывами на мочеиспускание, больной вырабатывает защитный стереотип поведения, заключающийся в первую очередь в режиме физиологических отправлений. Перед каждым выходом из дома, а также из помещений производственного или культурно-массового назначения (последние больной посещает весьма не-

охотно и только при условии, если ему доподлинно известно, что там можно посетить туалет) он обязательно еще раз опорожнит мочевой пузырь, хотя, может быть, совсем недавно, буквально несколько минут назад это уже сделал. Характерно, что подобные профилактические меры не избавляют больного неврозом от соответствующих ощущений и страха перед дорогой, транспортом и т. п. В ситуации, когда нельзя воспользоваться туалетом, невротические расстройства мочевыделения сопровождаются гипергидрозом, лабильностью пульса и артериального давления, головокружением, парестезиями в области конечностей, иногда субфебрилитетом, подчас принимающими пароксизмальный характер.

Пациенты, страдающие от невозможности помочиться в присутствии посторонних, «мочевой застенчивостью», «мочевым заиканием» [Тополянский В. Д., Струковская М. В., 1986], редко обращаются за консультацией к урологу в молодом возрасте, так как видят связь этого расстройства с особенностями своего характера. Однако в зрелом возрасте, испытывая большие неудобства ввиду необходимости пользоваться общественным туалетом на работе, в местах отдыха, в командировке, они бывают вынуждены обратиться к врачу-урологу, который, не находя никакой органической патологии, направляет их к невропатологу или психиатру. Это простое, на первый взгляд, расстройство, о котором к тому же больные распространяются не очень охотно, при более внимательном ознакомлении оказывается не столь уж безобидным, так как, уходя своими корнями в далекое детство, в особенности воспитания, формирующего «мочевую застенчивость», оно становится источником невротических страхов и ипохондрических переживаний, способствует развитию психастенических черт.

В этом отношении представляется характерной история болезни пациента К., научного работника, который, страдая от невозможности помочиться в общественном туалете с 17 лет, был вынужден обратиться за помощью к врачу лишь спустя 20 лет. Начиная с раннего детского возраста он подвергался со стороны матери постоянным сдерживающим влиянием, которые ограничивали его активность. Ему не разрешали играть с детьми на улице, запрещали ходить в общественные уборные, что мотивировалось их загрязненностью и возможностью заражения какой-то опасной болезнью. Родные и особенно мать постояно фиксировали внимание больного на необходимости своевременного и обязательного полноценного отправления физиологических функций: мочеиспускания и дефекации. Больной любил подолгу сидеть на горшке, часто при этом занимаясь посторонними делами: разговаривал, слушал сказки, пел и т. п. Уходя куда-то в гости, должен был

обязательно помочиться, даже если не хотел этого, а если возникал позыв на мочеиспускание в гостях, то должен был обязательно терпеть до возвращения домой. С детства воспитан брезгливым и мнительным, всегда с чрезмерным вниманием прислушивался к ощущениям во внутренних органах.

В происхождении расстройства играли определенную роль особенности сексуального развития пациента. После первого общения с девушкой в возрасте 16 лет, носящего сексуальный характер, но без полового сношения, впервые испытал поллюцию. Был сильно напуган этим совершенно новым для него физиологическим отправлением. Вскоре заметил, что по утрам, особенно после стула (при наличии запора), из мочеиспускательного канала выделяется слизь. Появился страх потери спермы перед каждым мочеиспусканием, поэтому старался тормозить акт мочеиспускания. Если раньше лишь избегал мочиться на людях, то теперь, когда мочеиспускание стало сопровождаться эрекцией, стал бояться не только общественных туалетов, но и не мог помочиться, если поблизости слышал чьи-либо шаги. В дальнейшем закончил институт, аспирантуру, защитил кандидатскую диссертацию. Женился, имеет 3 детей. Сексуальные отношения никогда не удовлетворяли, так как продолжались менее минуты. Лечиться начал 3 года назад у уролога, но без заметного эффекта.

Диагноз: невроз навязчивых состояний в форме невротического развития с расстройством функции мочевыделения. Комплексное лечение, в основе которого была личностно-ориентированная (реконструктивная) психотерапия, принесло значительное и стойкое улучшение.

Полиурия. Функциональная полиурия в результате полидипсии, связанная с эмоциональным стрессом, нередко встречается в клинике реактивных состояний, при тревожно-фобических и тревожно-депрессивных невротических реакциях и невротическом развитии. Появившиеся в результате психических потрясений ощущения сухости во рту и непереносимой жажды у некоторых больных становятся объектом невротической фиксации, приводящей к тому, что в ряде случаев они выпивают много воды (5 л и более в сутки) с соответствующим столь же большим выделением мочи. Это вызывает естественные сомнения у врача, наблюдающего больного, в фунциональном характере расстройства и подозревающего в первую очередь несахарный диабет. В то же время широко известно, что объем выпитой воды и выделенной мочи находится в связи с эмоциональным состоянием человека. Так, A. Grollman (1964) отмечает, что даже у практически здоровых людей, испытывающих эмоциональное напряжение, например у новобранцев, тяжело переживающих строевую службу, или студентов, с трудом выдерживающих занятия в аудитории, полиурия в результате полидипсии проявляется «частыми экскурсиями к водопроводному крану и в туалет».

Основные симптомы невротической полиурии, редко

превышающей 2—3 л в сутки, со временем, по мере возрастания объема выделенной мочи и выпитой жидкости, дополняются нарастающей общей слабостью, потерей аппетита, артериальной гипотензией, нарушением электролитного обмена, в результате чего еще более усиливается жажда и мучительное ощущение сухости во рту, гипергидроз сменяется сухостью кожи. Болезнь все более напоминает несахарное мочеизнурение. Однако проба на сухоедение показывает, что концентрационная способность почек не нарушена и относительная плотность мочи оказывается более 1010. Именно последнее обстоятельство наряду с установлением несомненной связи начала и развития полиурии с психотравмирующими переживаниями, особенно у высоковнушаемых лиц, в сочетании с выраженным лечебным эффектом психотерапии позволяет склониться в пользу невротического характера расстройства.

Невротические нарушения со стороны мочевыделительной системы встречаются, по нашим наблюдениям, преимущественно у лиц с акцентуациями характера. При этом невротическая поллакиурия, сопровождающаяся страхом не удержать мочу, страхом транспорта и общественных мест, наблюдается чаще при акцентуациях характера по истероидному, истеролабильному, истеросенситивному типу; «мочевое заикание», затруднение мочеиспускания в присутствии посторонних — при акцентуации по психастеническому типу; полиурия в результате полидипсии — при астенической и истерической акцентуациях. Эмоциональные воздействия с учетом личности больных приводят к тому, что переживания, связанные с нарушениями этой интимной функции у человека, становятся объектом невротической фиксации с последующим развитием их по механизму условных связей, когда уже одной мысли, представления, ассоциации достаточно, чтобы вызвать мучительное расстройство. Находясь в анатомо-физиологической связи с половой функцией, система мочевыделения у человека нередко маскирует своими нарушениями истинные сексуальные расстройства и дисгармонии.

Дифференциальный диагноз. Невротические нарушения мочевыделения часто приходится дифференцировать от органической патологии урологической и центральной нервной системы, а также неврозоподобных нарушений эндогенной природы.

Ответ на первый вопрос дает обязательное тщатель-

ное урологическое обследование, которое проводится всем больным с явлениями дизурии. В качестве примера приведем данные C. J. Fowler, R. S. Kirby (1986). Авторы провели электромиографическое исследование концентрическими иглами сфинктера мочеиспускательного канала у 48 больных, страдавших задержкой мочи. В 72 % случаев установлены существенные изменения, которые могут препятствовать расслаблению мочеиспускательного канала. Выявленные изменения, по мнению авторов, ставят под сомнение обоснованность так часто применяемого диагноза психогенной задержки мочи. Необходима также консультация невропатолога. В то же время упоминание в анамнезе, даже при наличии выписки из истории болезни, о перенесенном в прошлом остром цистите, не подтвержденное тщательными объективными исследованиями, не должно «гипнотизировать» врача и только на основании этого склонять его в пользу трактовки заболевания как органического.

Несмотря на навязчивый страх и неуверенность, что они не удержат мочу, у больных неврозами в отличие от неврозоподобных состояний церебрально-органического и урологического генеза таких эпизодов, как правило, не наблюдается.

У больной К. после тщательного урологического исследования была отвергнута органическая патология мочевыделительной системы и высказано подозрение о невротическом характере расстройства. Больная около 6 мес страдала от императивных позывов на мочеиспускание, наступавших через каждые 1—2 ч и проявлявшихся более всего в транспорте и в тех случаях, когда она находилась вне дома. Несколько раз не удерживала мочу, не успев добежать до своей квартиры. Подчеркивала, что императивный позыв неизмеримо возрастал именно перед самой дверью, когда она ее уже открывала. Во время беседы обращали на себя внимание высокая эмоциональность больной и подчеркиваемая ею же тревожная мнительность. За этим «невротическим фасадом» отмечались вязкость мышления, запинки в речи, упорная пульсирующая головная боль. Проведенные обследования центральной нервной системы (глазное дно, краниограмма, осмотр невропатологом и нейрохирургом) позволили выявить у больной органическое поражение головного мозга.

В случаях с массивной и затяжной психогенной полиурией возникает необходимость в дифференциации ее от несахарного диабета, что не всегда бывает легкой задачей, так как продолжительное функциональное угнетение антидиуретических механизмов, вызванное первичным потреблением больших доз воды, может симулировать органическое заболевание. Следует помнить, что полиурия при несахарном диабете является первичной,

полидипсия же — вторичной вследствие полиурии с последующим сгущением плазмы; относительная плотность мочи никогда, даже при сухоедении, не превышает 1007—1010; полиурия не исчезает при ограничении и даже полном исключении жидкости. Большую ценность в дифференциально-диагностическом плане представляет проба с сухоедением на 6—8 ч в присутствии медицинского работника. Существенное снижение диуреза и повышение относительной плотности мочи до 1012 и более при сохранении удовлетворительного состояния больного и отсутствии резкого падения массы тела позволяют, как правило, исключить несахарный диабет [Баранов В. Г. 1977].

При установлении характера функциональных нарушений мочевыделения необходимо решить вопрос о его регистре — невротическом или психотическом. Владение методом позитивной диагностики неврозов, с одной стороны, и знание клинических проявлений скрытой эндогенной депрессии и неврозоподобной шизофрении с системными нарушениями мочевыделения — с другой, позволяют различать эти, подчас весьма сходные, болезненные состояния.

СЕКСУАЛЬНЫЕ НАРУШЕНИЯ

Сексуальные нарушения могут быть следствием самых различных заболеваний: неврозов, других нервно-психических расстройств, эндокринных, урологических и многих других соматических болезней [Иванов Н. В., 1966; Буртянский Д. Л., Кришталь В. В., 1974; Свядощ А.М., 1982; Васильченко Г. С., 1983; Агарков С. Т., 1984; Липгарт Н. Е. и др., 1985; Агаркова Т. Е., 1986, и др.].

Психогенные нарушения половой функции встречаются при разных формах неврозов. Даже в тех случаях, когда половые расстройства не являются доминирующими среди других клинических проявлений, дисгармония сексуальной жизни, возникающая вследствие этих расстройств, сама по себе выступает как психотравмирующее переживание, что в значительной степени утяжеляет клиническую картину невроза.

Большинство авторов в настоящее время считают малообоснованным выделение самостоятельных «сексуальных неврозов», «половой неврастении», «психической импотенции» и др. Сексуальные нарушения рассматриваются в качестве либо одного из клинических проявлений

в структуре развившегося невроза, либо одного из психотравмирующих факторов, который может привести к возникновению невроза [Агарков С. Т., 1984; Агаркова Т. Е., 1986].

Вопросам нарушений сексуальной функции при неврозах в последние годы были посвящены также работы Е. Б. Варшаловской (1985) и И. Б. Трегубова (1987), выполненные под нашим руководством.

К числу основных психогенных расстройств половой функции у мужчин следует отнести нарушения эрекции и эякуляции (ослабление или даже отсутствие) и реже — снижение полового влечения (либидо) и нарушение оргазма (при сохранившейся эякуляции). Указанные нарушения половой функции у мужчин имеют характерные особенности при различных формах неврозов.

Клинически сексуальные расстройства у мужчин, страдающих неврастенией, проходят ряд стадий, которые соответствуют динамике основных психопатологических нарушений [Трегубов И. Б., 1987]. На начальной, гиперстенической стадии неврастении наряду с нарастанием раздражительности, несдержанности, нетерпеливости, повышенной чувствительности даже к незначительным раздражителям отмечается усиление сексуальной предприимчивости пациентов. Они пытаются участить половые акты, проводят их в необычных, часто неадекватных условиях, увеличивают число внебрачных связей. Основным сексопатологическим синдромом в этот период является синдром преждевременной эякуляции. Во второй стадии по мере нарастания собственно астенической симптоматики — углубления астении как психической, так и физической, снижения работоспособности и интереса к окружающему, появления постоянного чувства усталости, вялости — у пациентов снижается половая активность вплоть до полного прекращения половой жизни.

В этот период наряду с синдромом преждевременной эякуляции отмечается ослабление эрекции, снижение либидо. У всех больных неврастенией обнаруживается взаимосвязь между динамикой развития невротических и сексуальных расстройств и личностными особенностями пациентов. У больных с гипертимными чертами характера наблюдается отчетливо выраженная клинически и наиболее длительная по времени гиперстеническая стадия заболевания, а из сексуальных нарушений дольше выступает изолированно и носит более выраженный характер синдром преждевременной эякуляции. У больных с тре-

вожно-мнительными чертами характера гиперстеническая стадия неврастении клинически менее выражена и более коротка по времени, а к синдрому преждевременной эякуляции вскоре присоединяется гипоэрекционный синдром. У пациентов с астеническими чертами характера невротическая симптоматика дебютирует гипостеническими расстройствами, а клинические проявления сексуальных нарушений с первых недель заболевания характеризуются сочетанием преждевременной эякуляции с гипоэрекцией, причем последняя носит более выраженный характер, чем у больных с гипертимными и тревожно-мнительными чертами характера.

Описанные И. Б. Трегубовым особенности сексуальных расстройств у больных неврастенией в зависимости от стадии ее течения во многом объясняют имеющиеся в литературе расхождения в описаниях семиологии сексуальных нарушений при этой форме невроза.

Формирование в психопатологической картине неврастении синдрома ожидания может способствовать торможению эрекционной фазы под влиянием тревожного ожидания неудачи; иногда это происходит в момент половой близости, крайне тягостно переживается больными и еще больше дезорганизует сексуальную функцию. В этих случаях у больных может сформироваться стойкий страх перед половым актом — коитофобия (либо как следствие неудачного полового акта, либо в связи с одними лишь представлениями о возможной неудаче). Половой акт у больных неврастенией может сопровождаться усилением астении и других невротических симптомов. Больные, страдающие танатофобиями ипохондрического содержания, нередко отказываются от половой жизни, полагая, что она может повредить их сердцу, сосудам и др. У таких больных, в особенности с выраженным синдромом раздражительной слабости, могут появиться частые ночные поллюции, которые становятся дополнительным источником ипохондризации, так как больные нередко испытывают после них вялость и разбитость.

У больных истерическим неврозом к реальным половым расстройствам можно отнести некоторое ослабление полового влечения и гипоэрекцию, которые чаще являются преходящими и возникают вследствие недостаточной интенсивности и яркости сексуальных раздражителей. Другие сексуальные расстройства, на которые жалуются пациенты, не подтверждаются при объектив-

ном исследовании (анамнестические сведения со слов жены, учет различных параметров полового акта) и являются следствием повышенных требований, предъявляемых этими больными по отношению к себе. Яркие фантазии эротического содержания и представления оказывают на больного истерическим неврозом часто большее возбуждающее действие, чем реальная сексуальная ситуация, и в ряде случаев вполне достаточная эрекция при переживаниях воображаемых сексуальных сцен контрастирует с отсутствием возбуждения и слабостью эрекции в ситуации реального полового общения. Необходимо отметить, что при активном половом поведении женщины недостаточность эрекции, как правило, исчезает. Стремление оказаться самым лучшим, совершенным, сильным половым партнером приводит к тяжкому переживанию в случаях неудачного полового акта. Оценка половой способности женщиной представляет для больного особую важность, а сравнение с другими мужчинами не в его пользу всегда мучительно им переживается.

Для больных неврозом навязчивых состояний более типично снижение полового влечения и интереса к половой жизни вследствие доминирования переживаний, связанных с навязчивыми страхами. Поскольку больные, страдающие неврозом навязчивых состояний, отличаются неуверенностью в себе, тревожной мнительностью, у них часто возникают сомнения в достаточности своей половой потенции. Нередко больные неврозом навязчивости по этой причине оценивают нормальную половую потенцию как недостаточную. При тяжелых формах невроза навязчивых состояний может наблюдаться снижение эрекции, а некоторые общие дискомфортные ощущения после оргазма (разбитость, вялость и др.) могут приобретать утрированный характер и вызывать состояние тревоги и страха, что особенно часто встречается при кардиофобии.

Е. Б. Варшаловская (1985), обследовав 78 больных нашей клиники, у 35,9 % (мужчины, страдавшие неврастенией и истерическим неврозом) установила субклинические нарушения сексуальной функции , семиологически укладывающиеся в 4 клинических варианта [Васильченко Г. С., 1983]: с преобладанием чрезмерных требований к себе; с отнесением к себе воображаемых изъянов; с неадекватной личностной реакцией на естественные физиологические колебания сексуальных проявлений;

с преобладанием неадекватного конкретной ситуации поведения одного или обоих партнеров.

У больных неврастенией с субклиническими расстройствами сексуальной функции в основном определялись нарушения протекания предварительного периода полового акта (1-я триада шкалы СФМ); у больных истерическим неврозом чаще страдала субъективная оценка копулятивного акта (3-я триада шкалы СФМ). Характер субклинических нарушений сексуальной функции у больных неврастенией и истерическим неврозом во многом зависел от клинических особенностей ведущего психопатологического синдрома, что подтверждалось сходством этих нарушений у больных с разными формами невроза, но с одинаковыми психопатологическими проявлениями.

Представляют специальный интерес результаты исследований Е. Б.Варшаловской, основанных на сочетанном применении клинического, экспериментально-психологического и радиоиммунологического методов исследования, свидетельствующие о том, что степень нарушения сексуальной функции при неврозах зависит не столько от характера изменений в системе гипофиз — гонады, сколько от степени выраженности нарушений в системе межличностных (семейно-брачных) отношений.

Наиболее распространенные нарушения половой функции у женщин — снижение полового влечения, аноргазмия, дискомфорт в момент оргазма и вагинизм. Фригидность (половая холодность), являющаяся у женщин основной причиной аноргазмии, имеет следующие степени [Свядощ А. М., 1982]: 1) оргазм не наступает, хотя половой акт и сопровождается в той или иной степени приятным возбуждением, во время полового акта выделяется секрет половых желез; 2) половой акт безразличен, полового возбуждения или приятных ощущений не вызывает (женщина в это время нередко бывает занята посторонними мыслями); 3) половой акт неприятен, сопровождается ощущением боли (dyspareunia) или вызывает отвращение; женщина старается избегать половой близости.

Типичной особенностью истерической фригидности является тенденция к компенсации ее внешними формами поведения, такими как выраженная кокетливость, стремление играть роль «страстной» натуры. Во время полового акта больные нередко имитируют возбуждение и оргазм. Такие особенности поведения, как стремление к компенсации, утрировке, свойственные мужчинам,

страдающим истерией, в еще большей мере присущи женщинам с истерическим неврозом. В то же время, как правило, подчеркивают Е. Н. Мейтина и И. З. Вельвовский (1969), некоторые больные истерией даже в случае осознания того, что холодность может вызвать отрицательное отношение у мужа, игнорируют это обстоятельство, не стремятся инсценировать переживание оргазма, никогда не вносят элемент нарочитой игры, не тяготятся фригидностью. В подобных случаях отрицательное отношение к близости оценивается как проявление высокой нравственности и чистоты. Указанные авторы отмечают также «мерцающий» характер истерической фригидности, когда она, периодически возникая, сменяется нормальным половым влечением.

Аноргазмия встречается у больных как истерией, так и другими формами неврозов. Своеобразной разновидностью сексуальных нарушений, наблюдающейся преимущественно при истерическом неврозе, является вагинизм. Под вагинизмом понимают спастическое сокращение мышц влагалища, а иногда и мышц тазового дна, бедер и передней брюшной стенки, возникающее каждый раз при попытке совершения полового акта. В самых выраженных случаях сокращение указанных мышц развивается даже при одном лишь представлении о половом акте. Как правило, вагинизм обусловлен более или менее осознанной реакцией протеста, избирательно направленной против половой жизни с определенным партнером. При этом поведение больных демонстративно, театрально, с драматическими переживаниями и жалобами на сильную боль, возникающую при прикосновении к половым органам.

По А. М. Свядощу (1982), вагинизм может наблюдаться и при других формах неврозов — неврастении и неврозе навязчивых состояний. При неврастеническом вагинизме на передний план выступает непроизвольная защитная судорожная реакция, а не чувство страха половой близости или тревожное ожидание наступления боли. При вагинизме у больных неврозом навязчивых состояний основное проявление — фобия (фобический вагинизм) — навязчивый страх перед половым актом. В этом случае двигательная судорожная реакция отходит на второй план; она является либо произвольно вызываемым защитным действием, либо сопутствующим навязчивым актом. Если при неврастении возникновению вагинизма способствуют такие личностные особенности

больных, как повышенная возбудимость, чувствительность, то у больных неврозом навязчивых состояний — это прежде всего тревожная мнительность и боязливость. Вагинизм может быть причиной виргогамии (девственного брака).

У женщин, страдающих неврозами, чаще истерией, наблюдаются также функциональные боли и ощущения типа парестезий в области половых органов (часто в нижних отделах живота, иррадиирующие в поясницу или в область заднепроходного отверстия). В этих случаях никаких объективных изменений, которыми можно было бы объяснить эти ощущения, выявить не удается. Как правило, у больных наблюдаются нарушения сексуальной жизни, в частности аноргазмия и дискомфорт в момент оргазма.

При неврастении у женщин (особенно при гипостенической ее форме) отмечается временное снижение полового влечения, которое может сочетаться с неполным ощущением оргазма и иногда с аноргазмией.

У женщин, страдающих неврозом навязчивых состояний, на фоне нормального либидо и положительных эмоций во время полового акта может наблюдаться аноргазмия, которая чаще всего связана с опасениями неприличного выражения страсти, или оргазм не наступает под влиянием страха, отражающего основное содержание фобии.

Диагностика и **дифференциальная диагностика** сексуальных нарушений при неврозах требуют комплексного сексологического, психопатологического, неврологического, эндокринологического, урологического и других методов клинического обследования. В структуре клинического диагноза в соответствии с рекомендациями Всесоюзного научно-методического центра по сексопатологии должны быть отражены: 1) нозологический диагноз; 2) синдромальная (общеклиническая) характеристика основного заболевания, патогенетическая характеристика расстройства потенции (психогенный, нейрогуморальный, смешанный генез); 3) клиническая феноменология сексуальных нарушений (расстройство либидо, эрекции, эякуляции, оргазма); 4) половая конституция и основные личностные особенности больного (акцентуации, психопатические черты и др.); 5) характеристика сексуального партнера и взаимоотношений в семье.

Не касаясь всех отмеченных здесь вопросов, следует подчеркнуть значимость для дифференциальной диагнос-

тики сексуальных нарушений в клинике неврозов и других пограничных состояний одного из самых важных аспектов — психопатологических нарушений.

В сексопатологический практике часто встречаются различной степени выраженности ипохондрические проявления. Спектр ипохондрических нарушений у больных с сексуальной патологией очень широк — от нерезко выраженной невротической ипохондрии до ипохондрического развития с сенесто-ипохондрическим, дисморфофобическим синдромами, сверхценными и бредоподобными идеями.

Правильная и своевременная квалификация указанных нарушений играет важную роль в разграничении сексуальной патологии у больных с неврозами и невротическими развитиями, психопатиями, процессуальными заболеваниями, неврозоподобными и психопатоподобными состояниями и патологическим развитием у больных с органическими заболеваниями головного мозга и определяет содержание терапевтических мероприятий.

ДВИГАТЕЛЬНЫЕ НАРУШЕНИЯ

Наиболее яркие и выраженные формы психогенных расстройств двигательной функции встречаются при истерии. К их числу относятся судорожные припадки, параличи и парезы, контрактуры, блефароспазм, гиперкинезы, афония и мутизм.

Судорожный припадок. Классическая картина истерического судорожного припадка описана J. M. Charcot. Она состоит из 4 фаз: эпилептоидной; больших движений, или «клоунизма»; страстных поз и жестов; галлюцинаторной. Судорожные припадки отличаются большим разнообразием, однако совершенно не обязательны наличие всех фаз и указанная их последовательность. В отличие от эпилептического судорожного припадка при истерии отсутствует потеря сознания, больные не ушибаются при падении, не прикусывают язык, не наступает непроизвольного мочеиспускания, сохраняется зрачковая реакция на свет. Продолжительность припадка бывает значительно большей, чем при эпилепсии, — от нескольких минут до 2—3 ч. Истерические судорожные припадки ситуационно обусловлены, носят демонстративный характер и без зрителей наблюдаются крайне редко.

Чаще, чем развернутые судорожные припадки, встречаются абортивные формы по типу обмороков, приступов

слез или смеха, общего тремора, нередко сопровождающегося плачем и внешними признаками потери сознания без фактической его утраты.

Парезы и параличи. Истерические парезы и параличи проявляются в форме монопареза или моноплегии, гемипареза или гемиплегии, парапареза или параплегии. Крайне редко встречается тетрапарез или тетраплегия. При этом оказывается временно выключенной та или иная группа мышц без всякого соответствия с их иннервационными механизмами на различных уровнях нервной системы. В отличие от двигательных нарушений при органических заболеваниях центральной нервной системы не удается выявить пирамидных знаков, нарушений тонуса, трофики и резких изменений рефлексов на парализованных конечностях; наблюдаются характерные для истерии расстройства чувствительности, обычно поверхностных ее видов. Правосторонние гемипарезы и гемиплегии при этом не сопровождаются расстройством речи.

С. Н. Давиденков (1956) отмечает ошибочность распространенного представления о том, что наличие сколько-нибудь доказательных пирамидных расстройств исключает истерический характер гемипареза. Истерический гемипарез сам по себе не сопровождается изменением сухожильных рефлексов. Вместе с тем развитие истерических двигательных нарушений по механизму подражания органической патологии при наличии у больного легких органических симптомов является в настоящее время частым вариантом возникновения истерических двигательных расстройств, что подтверждают и результаты наших наблюдений. Поэтому в клинике неврозов нередко встречаются синдромы двигательных нарушений, включающие в себя комбинацию и невротических, и органических проявлений.

Подчеркивается [Kepinski A., 1975], что характерной для истерических параличей является непомерность усилий больного для достижения двигательного эффекта: больной напрягает все мышцы, лицо искажается гримасой, возникает гипергидроз, а движение в пораженной конечности не появляется. В то же время они становятся иногда заметными при активном отвлечении внимания больного. Несмотря на кажущуюся массивность, эти симптомы часто парадоксально мало беспокоят больного.

Парезы и параличи сопровождаются **контрактурами** соответствующих групп мышц, причем в некоторых

случаях весьма трудно определить, от чего зависит потеря движений — от паралича или от резко выраженной контрактуры. В настоящее время контрактуры, так же как и мышечные атрофии при психогенных парезах и параличах, практически не встречаются.

Одним из вариантов двигательных нарушений является астазия-абазия, которая заключается в системной акинезии: больной не может самостоятельно стоять, «валится», пытается удержаться с помощью окружающих, хватает их за руки; этим же характеризуется и ходьба больного. Между тем в положении лежа все движения в конечностях сохранены и мышечная сила достаточная. Указанные психогенные двигательные нарушения возникают в момент острого эмоционального напряжения и всегда вытекают из доминирующих в данный момент мотивов поведения.

Гиперкинезы. Большие трудности возникают при дифференцировании психогенных и органических гиперкинезов. В целом для первых, представляющих собой дрожание различной амплитуды и частоты всего тела или отдельных его частей, более характерно возникновение непосредственно после психической травмы, а также зависимость степени выраженности от эмоционального состояния. Кроме того, психогенные избыточные движения выступают в утрированном виде, иногда сопровождаются необычными позами. Однако необходимо иметь в виду, что органические гиперкинезы также усиливаются при волнении, напряжении и ослабевают при отвлечении внимания.

К психогенным гиперкинезам относятся и тики, проявляющиеся в форме быстрых координированных клонических судорожных сокращений тех или иных групп мышц, которые стереотипно повторяются. Из всех видов локализации наиболее частыми являются тики лицевых мышц.

На учащение в последнее время случаев гиперкинеза типа кривошеи в связи с эволюцией клиники эпидемического энцефалита указывают А. П. Зинченко и соавт. (1980). Подчеркивается, что почти во всех наблюдениях начальная форма кривошеи обычно диагностировалась как функционально-невротическое расстройство (или проявления шейного остеохондроза). Приводятся некоторые клинические особенности кривошеи при эпидемическом энцефалите, которые следует учитывать при дифференциальной диагностике с неврозами.

Блефароспазм — своеобразная форма двигательных расстройств, которая характеризуется плотным, спазматическим смыканием век, наблюдающимся от нескольких раз до нескольких сот раз в день. Оно сопровождается иногда анестезией ближайших участков кожи и конъюнктивы, в других случаях — гиперестезией кожи и глаза с болью, светобоязнью и слезотечением.

Блефароспазм невротической природы необходимо дифференцировать от изолированного «эссенциального» блефароспазма в пожилом возрасте, а также от экстрапирамидного расстройства, которое называется «блефароспазм — синдром оромандибулярной дистонии» [Мозолевский Ю. В. и др., 1985]. В отечественной литературе это заболевание подробно описано В. Л. Голубевым (1986). В этом случае развитию блефароспазма часто предшествует учащенное моргание; прогрессирование процесса сопровождается появлением гиперкинезов мышц нижней части лица, дыхательных, шейных мышц. Автором указываются четыре группы симптомов, характерных для органических форм блефароспазма: «корригирующие жесты» (надавливание на окологлазничные области, щеку, прикосновение к ней и др., уменьшающие гиперкинез); парадоксальные кинезии — уменьшение гиперкинеза при пении, плаче, смехе и др.; проба с отключением зрения с одной стороны; проба с произвольным закрыванием обоих глаз, также уменьшающие гиперкинез. Уменьшение гиперкинеза при полуопущенных веках (вязание и пр.) подтверждается и нашими наблюдениями.

От истерических гиперкинезов иногда приходится дифференцировать лицевой гемиспазм [Давиденков С. Н., 1956; Голубев В. Л., Арзуманян А. М., 1985].

Детальное описание современных форм истерических гиперкинезов и их дифференциальной диагностики с гиперкинезами органического происхождения приведено в работе А. М. Арзуманяна, В. Л. Голубева (1988).

Афония и мутизм. Афония представляет собой паралич голосовых связок. У этих больных голос беззвучный — едва уловимый шепот, дыхание поверхностное, ритмичное. В большинстве случаев афония возникает в момент испуга и других проявлений аффекта. При ларингоскопии не обнаруживается достаточных оснований для изменения фонации, голосовая щель открыта при выраженном напряжении голосовых связок. Значительно реже встречается полная немота, или мутизм. Страдающие мутизмом больные не могут говорить шепотом,

хотя движения губ и языка у них полностью сохранены. Они хорошо понимают речь письменную и устную, сохраняют способность писать, не делая в то же время никаких попыток произнести хотя бы какие-нибудь звуки; контакт с окружающими они поддерживают с помощью жестов и мимики. Больные с невротическим мутизмом обычно не очень огорчены имеющимся у них расстройством, что резко отличает их от пациентов с органически обусловленными расстройствами речи. Для классического истерического мутизма характерно острое начало, наличие предшествующего эмоционального стресса.

Необходимо подчеркнуть трудности дифференциальной диагностики различных невротических двигательных расстройств с органическими. Трудности эти особенно усугубляются в тех случаях, когда невротические двигательные нарушения развиваются на почве существовавших ранее симптомов органического происхождения или же наблюдается комбинация невротических симптомов с органическими. Отмечая имеющиеся в любом из этих случаев отличия в характере клинических проявлений двигательных расстройств различного генеза, С. Н. Давиденков (1963) напоминает известное высказывание J. Babinski, что «копия здесь всегда отличается от оригинала». Наряду с тщательным анализом клинического синдрома большое значение для дифференциального диагноза, конечно, имеет соблюдение принципов позитивной диагностики неврозов или невротических проявлений, сопутствующих органическому заболеванию.

ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ ДИСКИНЕЗИИ

Профессиональные дискинезии — это своеобразные функциональные двигательные нарушения, проявляющиеся в изолированных расстройствах высококоординированных движений. В различные периоды их относили к «профессиональным» и «координаторным» неврозам. J. Dejerine рассматривал их в группе «психомоторных неврозов».

Описаны различные формы этого хорошо очерченного синдрома: дискинезии при письме (называемые также писчим спазмом, писчей судорогой, графоспазмом), дискинезии музыкантов, работников клавишных машин, телеграфистов, радистов и др.

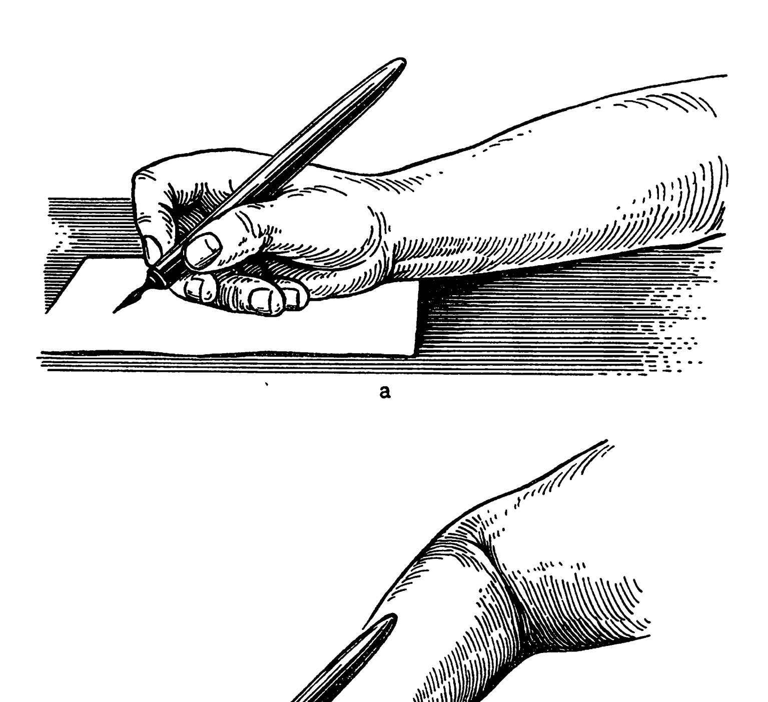
Мнения относительно авторов, впервые описавших писчий спазм, весьма разноречивы: Albers — 1818 г.

(цит. по А. О. Биршенкер, 1872), Ch. Bell в 1830 г. и J. Brück — в 1831 г. Известно также, что заболевания, напоминающие по своей картине профессиональные дискинезии у художников, упоминаются уже в древнекитайской литературе [Crisp A., Moldofsky H., 1965].

При многолетних исследованиях профессиональных дискинезий в нашей клинике [Котяева Т. В., 1973] наблюдалось 70 больных, у 57 из которых отмечен писчий спазм. Среди больных с писчим спазмом одной из самых многочисленных по профессии была группа счетных работников и специалистов с достаточно интенсивной профессиональной деятельностью (копировщицы, живописец по фарфору) — всего 14 человек. Инженеров, администраторов, экономистов, педагогов, врачей, юристов было 40, рабочих — 3. Профессиональной дискинезией музыкантов страдали 8 человек (пианистки, скрипачка, виолончелист, флейтист, аккордеонист). В 5 случаях были утрачены другие профессиональные навыки (линотипистка, перфораторщица, телеграфистки, оператор счетно-клавишной машины). У нескольких больных одновременно были нарушены два профессиональных навыка (работа на телеграфном ключе и письмо, нарушение профессионального движения у штамповщицы и письмо, пользование отверткой у монтера и письмо).

Для профессиональных дискинезий характерно длительное, хроническое течение. Болеют и мужчины, и женщины, как правило, после 30 лет. Обычно наблюдается постепенное развитие дискинезии. Больные часто даже не могут припомнить, когда появились первые затруднения при выполнении работы. При писчем спазме они начинают обращать внимание на быструю утомляемость руки при письме, особенно при быстром. Появляется чувство неловкости в области запястья и кисти. Эти нарушения усиливаются, рука как бы перестает слушаться.

Некоторые больные такую атаксию письма объясняют «слабостью в руке». Больные меняют положение руки, используют другие мышцы, обычно не принимающие участия во время письма, прибегают к новым ручкам, чаще всего начинают писать толстыми шариковыми ручками. В литературе приводятся некоторые приемы, при которых писать становится легче. Больной пишет буквы на передвигающейся бумаге, фиксируя кисть на одном месте (прием Бургиньона), или пишет мелом на доске. Попытки писать здоровой рукой эффекта не дают,



а

б

Рис. 2. Писчий спазм.

а — правильное положение руки в покое; б — неправильное положение руки при письме [по Давиденкову С. Н., 1960].

с течением времени в ней также развиваются явления писчего спазма.

Характерной особенностью профессиональных дискинезий, в частности писчего спазма, является наличие патологической позы при выполнении движения, которая формируется у каждого больного (рис. 2). Она определяется прежде всего тоническим напряжением мышц, которое наблюдается в выраженных случаях у всех без исключения больных даже в состоянии покоя: надплечье

пораженной руки приподнято по отношению к надплечью здоровой руки. При пальпации определяется напряжение мышц кисти руки, которое у некоторых больных распространяется на плечо и далее на мышцы спины. Повышение мышечного тонуса в покое можно вызвать с помощью симптома Барре: если обе руки страдающего писчим спазмом положить на стол, попросить больного закрыть глаза и отвлечь его внимание, можно заметить, как пальцы руки начнут постепенно перемещаться в связи с повышением тонуса мышц, участвующих в акте движения пальцев. Однако этот симптом непостоянен.

Мышечное напряжение резко усиливается при письме. Часто патологическая поза при письме и заключается в выраженном напряжении всех мышц руки и даже надплечья. Резко контурированы сухожилия разгибателей пальцев. Точкой опоры руки становится лучезапястный сустав. Плечо отведено от туловища, локоть не касается стола. Пальцы сжимают ручку до такой степени, что она может сломаться. Иногда ручка медленно вращается от большого к указательному пальцу и периодически выскакивает из них. В ряде случаев может нарушаться согласованность сгибательно-разгибательных движений I—III пальцев, держащих ручку, и лучезапястного сустава. При такой позе IV и V пальцы могут находиться в состоянии тонического сгибания, указательный палец непроизвольно разгибается и поднимается вверх. В других случаях большой палец, непроизвольно сгибаясь, соскальзывает с ручки вниз. После написания почти каждой буквы больные вынуждены останавливаться и перехватывать пальцами ручку. Реже наблюдаются случаи, когда кисть находится в положении выраженного сгибания, точкой опоры руки при письме становится выпрямленный мизинец, а вся рука приподнята над столом.

Патологические позы крайне разнообразны. В патологической позе отражается индивидуальный навык письма, поэтому не существует двух одинаковых форм писчего спазма.

У некоторых больных отмечается тремор во время письма. При выраженном треморе больным трудно начать писать, т. е. поставить перо на бумагу. Иногда процесс письма сопровождается болью, которая локализуется в области кисти, запястья или в мышцах предплечья, чаще в группе разгибателей. Боль или тремор могут быть первичными, если они предшествуют началу

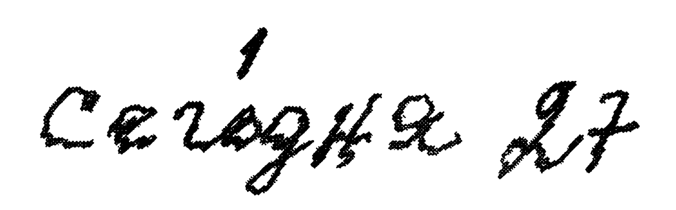


Рис 3 Образец почерка больного с писчим спазмом.

заболевания, и вторичными, если развиваются уже на фоне сформированной патологической позы. Первичные боль и тремор связаны не только с выполнением профессионального движения, вторичные появляются в момент его выполнения. Почти во всех случаях больным бывает трудно написать строчку. Они при этом пользуются различными приемами: подкладывают пальцы левой руки под кисть правой или просто указательным пальцем левой руки двигают кисть правой руки во время письма.

При писчем спазме изменяется почерк: буквы становятся неровными; нарушается слитность письма. При выраженном треморе каждая буква состоит из мелкоизвилистой линии (рис. 3).

Иногда приходится слышать жалобы больных на слабость в руке, но объективно в этих случаях определяется лишь мышечное напряжение рабочей руки. За слабость ошибочно принимается расстройство высококоординированного стереотипа профессионального движения, которое С. Н. Давиденков определял как своеобразную дистонию в разных мышечных группах, участвующих в сложной синергии двигательного акта письма. Значительно чаще, чем при письме, на слабость в руке предъявляют жалобы больные с расстройствами иных профессиональных движений (работники клавишных машин, пианистки и др.).

В свое время В. Р. Говерсом (1896) были описаны 4 формы писчего спазма: спастическая, паралитическая, болевая и дрожательная. В чистом виде эти формы, по-видимому, никогда не встречаются. Обычно они выступают в виде различных сочетаний, наиболее частыми из которых являются сочетания спастической формы с болевой и дрожательной [Габашвили В. М., 1961;

Котяева Т. В., 1973, и др.]. Выделение паретической формы в связи с вышеизложенным нецелесообразно.

Другие виды профессиональных дискинезий встречаются значительно реже, чем писчий спазм. При каждом из них развивается спазм определенной группы мышц. Так, у часовщиков это спазм круговой мышцы глаза, у скрипачей и гитаристов — спазм в левой руке, у пианистов — большей частью в правой руке, у играющих на духовых инструментах — спазм круговой мышцы губ, у танцовщиц — судороги в мышцах ног и др.

Помимо жалоб на расстройство ведущего профессионального движения, больные в ряде случаев отмечают нарушения других движений, сходных с профессиональными, например при вдевании нитки в иголку, пришивании или застегивании пуговиц, при пользовании ножом, вилкой, отверткой и т. д. Такие расстройства, развиваясь на ранних стадиях болезни, под влиянием лечения регрессируют прежде, чем восстанавливается нарушенное профессиональное движение.

Хотя при первичном осмотре многие больные предъявляют жалобы только на нарушение профессионального движения, при более подробном расспросе у них выявляются и общеневротические симптомы в виде снижения работоспособности, быстрой утомляемости, раздражительности, плохого сна. Практически во всех случаях профессиональных дискинезий двигательные расстройства сопровождаются неуверенностью, тревожным ожиданием неудачи, боязнью плохо выполнить работу, что еще больше усугубляет нарушение того или иного профессионального движения. Поэтому для многих больных легче выполнять свою работу без посторонних, в одиночестве. На частоту общеневротических расстройств при писчем спазме указывают многие авторы.

У больных с профессиональными дискинезиями, у которых эмоционально-аффективные расстройства в виде тревожного ожидания становятся ведущими в клинической картине и сопровождаются выраженным страхом письма (или другого профессионального движения), можно предполагать наличие навязчивого страха письма или соответствующего профессионального движения. Именно эти случаи явились основанием для отнесения профессиональных дискинезий к особому так называемому неврозу ожидания. Когда же тревожное ожидание сопровождается вторичной ритуализацией, синдром профессиональной дискинезии следует рассматривать в

рамках невроза навязчивых состояний. Своеобразием синдрома при истерии является резкое несоответствие предъявляемых жалоб степени выраженности нарушения. Нередко это «писчий спазм без писчего спазма» с отсутствием столь характерной для профессиональных дискинезий патологической позы.

В связи с отмеченным выше представляют интерес наблюдения, в которых писчий спазм развился остро в период психотравмы. Внезапно рука перестает подчиняться, и больной не может написать ни слова — ручка падает из рук. Вначале больному кажется, что это случайность, но при повторных попытках написать что-либо быстро формируется патологическая поза; происходит это часто одномоментно.

При дифференциальной диагностике писчего спазма невротической природы необходимо прежде всего иметь в виду торсионную дистонию. Дифференциальный диагноз писчего спазма с этим заболеванием может оказаться крайне затруднительным, так как иногда торсионная дистония начинается с типичной картины писчего спазма. При торсионной дистонии часто наблюдается генерализация дискинезии — развивается нарушение не только письма, но и некоторых других двигательных функций. Обычно подчеркивается, что в целом это характерно для писчего спазма, развивающегося при органических заболеваниях центральной нервной системы. Однако некоторые авторы допускают, что дискинезия при писчем спазме невротической природы также может распространяться на сходные двигательные акты, и это не обязательно свидетельствует о развитии органического заболевания. «Симптоматические» формы писчего спазма могут наблюдаться при эпидемическом энцефалите, гепатоцеребральной патологии и других органических заболеваниях центральной нервной системы.

ЗАИКАНИЕ

Заикание — дискоординационное нарушение речи, возникающее вследствие непроизвольных судорог мышц, участвующих в речевом акте.

Ряд авторов подчеркивают сходство заикания с профессиональными дискинезиями, поскольку и здесь судороги наступают при осуществлении определенной группой мышц только функции громкой речи, в то время как выполнение различных неречевых движений (дыхание,

жевание и др.) происходит совершенно свободно. На этом основании заикание, как и профессиональные дискинезии, ранее относили к группе «идеомоторных парапраксий».

Подобно профессиональным дискинезиям, заикание выступает в качестве своеобразного синдрома, встречающегося как при неврозах, так и при многих других нервно-психических заболеваниях, причем в патогенезе его участвуют и психогенно-невротические, и органические компоненты.

Хотя чисто психогенные формы заикания (прежде всего истерическое заикание) встречаются редко и, как правило, только у взрослых, значительная часть этой речевой патологии рассматривается как логоневроз, а синдром заикания описывается вместе с другими проявлениями неврозов. Это объясняется, с одной стороны, доминирующей в отечественной литературе трактовкой его патогенеза как системного речедвигательного невроза [Мясищев В. Н., 1960; Ковалев В. В., 1979; Шкловский В. М., 1985], а с другой — клиническим своеобразием синдрома заикания (возможность нормальной речи при определенных условиях, например в одиночестве, при пении, шепотной речи, роль в нарушении речевой функции фактора ожидания, подобно тому, как это наблюдается и при других системных невротических расстройствах).

По данным различных авторов, частота заикания колеблется в пределах от 1,5 до 2,6 %; возникает в детстве, обычно в возрасте от 2 до 5 лет, чаще у мальчиков. С возрастом заикание уменьшается или совсем исчезает. Однако у некоторых больных оно остается, причем у мужчин встречается чаще, чем у женщин (2,2—5,3:1).

В синдроме заикания представлены в различных соотношениях собственно моторные, речедвигательные нарушения и выраженные в той или иной степени психопатологические расстройства. Если у детей на передний план в клинической картине заикания выступают моторные нарушения речи, то у взрослых эти соотношения меняются, и степень декомпенсации заикающегося во многом зависит от эмоционально-аффективных сдвигов. Причиной последних является нарушение отношений личности со средой ввиду затруднения общения. Определяясь в значительной степени конституционально-средовыми факторами (личностные акцентуации, психопатические черты характера, психотравмирующие обстоятельства),

психопатологические расстройства с логофобией, стоящей в их центре, способствуют формированию таких черт в характере заикающихся, как повышенная тревожность, сенситивность, замкнутость и др., в свою очередь приводящих к еще большей дезорганизации системы личностных отношений [Шкловский В. М., 1967, 1985; Асатиани Н. М. и др., 1974]. Этот процесс сложных психомоторных соотношений обозначают нередко как механизм «порочной спирали».

Моторный компонент при заикании представлен речевыми судорогами в артикуляторном, голосовом и дыхательном аппаратах. В зависимости от преобладающего типа судорог говорят об артикуляторной, голосовой и дыхательной формах заикания. Однако чистые формы встречаются редко, чаще речь идет о смешанных формах — артикуляторно-дыхательной, дыхательно-голосовой и др.

Судороги речевых мышц могут быть клоническими (несколько коротких повторных судорог, приводящих к повторению звуков, слогов, реже слов) и тоническими (в виде длительной задержки речи). В случае большей выраженности того или иного вида судорог говорят либо о тоноклоническом, либо о клонотоническом заикании. У каждого заикающегося локализация судорог мышц может меняться так же, как и форма заикания; у взрослых относительно более выраженными могут быть судороги в артикуляторном аппарате.

К числу вторичных моторных нарушений относятся сопутствующие движения общей мускулатуры и особенно мускулатуры лица. Иногда они трансформируются в довольно сложные навязчивые движения.

Психопатологический компонент при заикании, как уже отмечалось, представлен прежде всего страхом перед речевым общением (логофобией), а также другими эмоционально-аффективными нарушениями, снижением настроения и вегетативными расстройствами. Н. М. Асатиани и В. Г. Казаков (1974) указанный симптомокомплекс рассматривают как синдромологическое образование — «логофобический синдром», включая в него и собственно моторные нарушения. Подчеркивается, что в зависимости от общей клинической картины (нозологического фона) этот синдром либо представлен всеми характерными признаками, либо приобретает частично редуцированный характер с преобладанием одного из его компонентов.

Специальное внимание было обращено на особенности страха у больных с заиканием [Мажбиц А. А., 1966]. По своему происхождению страх при заикании может быть первичным (дифференцированный страх) и вторичным (генерализованный страх). Основной психопатологической формой страха является дифференцированный страх, имеющий пароксизмальный характер. Он возникает в связи с речью и сопровождается обычно вегетативной реакцией. Дифференцированный страх может проявляться у больных с заиканием в двух формах — в виде страха ситуации и собственно страха речи (логофобии). Достигнув наибольшей интенсивности в пубертатном и постпубертатном периодах, страхи, сопровождающие речь, сохраняются примерно до 30 лет, а затем чаще всего ослабевают. Генерализованный страх является вторичным невротическим страхом, не связанным непосредственно с речью. Он может проявляться в виде общего постоянного беспокойства, боязливости, тревожности, обусловливая иногда возникновение фабулированных невротических страхов (перед смертью, болезнью и др.), реже обсессий, в отдельных случаях даже с ритуальными действиями (навязчивый счет и др.).

У заикающихся часто наблюдаются вегетативные нарушения как общего характера в виде дистонии, так и в виде более очерченных вегетативных реакций, сопровождающих логофобию. Вегетативные реакции носят симпатико-адреналовый (учащение сердцебиений и дыхания, дрожание конечностей и др.) или смешанный характер.

У больных с заиканием нередко обнаруживается рассеянная органическая микросимптоматика. В. М. Шкловский (1975) представил данные неврологического обследования 213 больных с заиканием. По сравнению с контрольной группой, включавшей 50 здоровых человек, у больных с заиканием чаще отмечались нерезко выраженные нарушения регуляции взора и микросимптомы пирамидной недостаточности. Так, нарушение регуляции взора отмечено у 48,3 % больных и 28 % здоровых, симптомы пирамидной недостаточности справа — соответственно у 38,2 и 18 %, слева — у 10,3 и 10 % (в последнем случае различия недостоверны). Как правило, неврологическая симптоматика у заикающихся оказывается «разбросанной» и не укладывается в один очаг. Диффузный характер органической церебральной недостаточности подтверждается и нейропсихологическими

данными. При обследовании 130 заикающихся с помощью стандартизованной нейропсихологической методики по ряду проб у них установлены более резкие отклонения, чем в контрольной группе из 60 здоровых людей. Наибольшими они были при пробах, выявляющих оральную апраксию, реципрокную координацию движений, идентификацию портретов, воспроизведение мелодий и динамический праксис. Так же как и неврологическая симптоматика, нейропсихологические расстройства являются рассеянными и в свою очередь указывают на диффузную органическую церебральную недостаточность.

Повседневный клинический опыт показывает, что такие вопросы, как определение тяжести заикания, прогноз его течения, выбор адекватных терапевтических воздействий, не могут удовлетворительно решаться на основании оценки степени выраженности одного лишь моторного компонента заикания. Многие авторы стремились к одновременному учету характера невротических нарушений и степени их выраженности. Наиболее удачной в этом отношении нам представляется группировка больных с заиканием, представленная В. М. Шкловским (1975). Все обследованные больные с заиканием подразделяются им на три группы. В структуре личности больных первой группы не отмечается стойких невротических нарушений, по характеру они активны, имеют достаточно широкие социальные связи. Отношение этих больных к себе и окружающей действительности не нарушено. Все они получают образование, приобретают профессию, активны на производстве и в общественной жизни, не испытывают значительных трудностей и в устройстве личной жизни. Следовательно, у больных этой группы речевой дефект существенным образом не влияет на становление их личного и социального статуса.

При отсутствии резких различий в особенностях моторных нарушений речи у больных первой и второй групп для последней характерны значительные невротические нарушения и прежде всего — интенсивный страх речи, который они не всегда и не везде могут преодолеть, несмотря на стремление к этому. Страх речи с особым постоянством возникает в ситуациях, требующих от них активного речевого общения, что свидетельствует об избирательном характере нарушений отношений личности. Для них характерны повышенная впечатлительность, колебания настроения, неуверенность в себе, переходящая часто в чувство малоценности. Заикание у больных

второй группы в значительной мере отражается на становлении системы их жизненных отношений. Многие больные хотя и получают образование и приобретают профессию, однако не в состоянии полностью реализовать свои способности; их социальные связи ограничены.

Выраженность судорожного синдрома во время речи у больных третьей группы различна, однако в целом бо́льшая, чем у больных первой и второй групп. У части больных экспрессивная речь практически отсутствует. При попытке говорить у них возникает резкое тоническое напряжение мышц артикуляторно-голосового аппарата, в результате чего речевое общение становится невозможным. В ряде случаев при отсутствии судорожного синдрома речь невозможна из-за логофобии. У всех больных третьей группы отмечаются выраженные невротические нарушения: чувство собственной неполноценности, неуверенность в себе, сенситивность, ранимость, тревожная мнительность, непреодолимый страх речи, сужение круга интересов и сосредоточение внимания на дефекте речи. Как показывают результаты клинико-психологического и экспериментально-психологического исследования, у них дезорганизуется вся система личностных отношений. У больных этой группы возникают большие трудности при получении образования, существенно нарушается трудовая деятельность и исключается всякая возможность общественной деятельности. Их социальные связи резко ограничены. В анамнезе этих больных часто отмечаются крайне неблагоприятные условия развития и воспитания в детские годы. Уже подчеркивалось ранее, что, помимо влияния прижизненных факторов, здесь бо́льшую роль может играть почва, на которой возникает и развивается заикание. Последующее течение заболевания у больных третьей группы иногда приводит к усилению патологических черт характера, чаще астенического круга, и к формированию невротического развития личности.

В диагностическом плане определенные трудности могут возникать при отличии заикания от истерических форм речевых расстройств.

По мнению В. А. Куршева (1973), заикание у лиц с истерическими чертами характера может быть обычным и не отличаться какими-либо специфическими признаками. В некоторых же случаях при истерическом неврозе больные произвольно имитируют заикание. Автор полагает, что выявление голосовой основы может быть диффе-

ренциально-диагностическим признаком истинного (голосового) и истерического (произвольно имитируемого) заикания. Использование тестов на упражнение речевыми аппаратами при последнем не выявляет непроизвольной голосовой основы: затруднения оказываются одинаковыми как на гласных звуках, так и на беззвучных согласных (ссс, ффф, п).

Ряд других авторов также указывают на некоторые особенности истерического заикания. А. М. Свядощ (1971) отмечает, что эти больные не стесняются своего болезненного симптома, заикание у них удерживается и тогда, когда они пытаются говорить наедине с собой, а также при пении, шепотной и отраженной речи. У них обычно не наблюдается и судорожных сопутствующих сокращений лицевой мускулатуры или содружественных движений.

В работе Л. Я. Миссуловина (1988), выполненной при нашем соруководстве, у 11 наблюдавшихся им больных с истерическим неврозом отмечено быстрое и выраженное развитие заикания, которому в ряде случаев предшествовала недлительная потеря речи. У других больных в речевое нарушение перешли тяжелые рыдания, которыми сопровождалась эмоционально напряженная травмирующая ситуация. Во всех случаях наиболее характерной особенностью заикания являлось выраженное преобладание дыхательных нарушений, напоминавших судорожные всхлипывания во время плача. Самостоятельная речь и чтение были нарушены в одинаковой мере; диалог, несколько скандированный, протекал для больных с видимым усилием, напряжением, но тяжелых тонических судорог артикуляционной локализации ни в одном случае не наблюдалось. Сопутствующие движения также отсутствовали. Отличительной особенностью больных являлось отсутствие страха речи, связанного с какими-либо определенными эмоционально значимыми ситуациями; имевшиеся тревога, смятение, снижение настроения были обусловлены внезапно развившимся расстройством речи. У части больных формировался психологический защитный механизм по типу «ухода в заикание» с целью получения вторичного выигрыша от болезни, отказа от разрешения реально существующих травмирующих ситуаций.

Необходимо разграничивать заикание и тахилалию, при которой нарушение координации обусловлено чрезвычайно торопливой речью. В отличие от заикания

здесь нет настоящих судорожных задержек речи, отсутствует страх речи.

В литературе «невротическому заиканию» обычно противопоставляется «неврозоподобное заикание», чаще всего возникающее в период становления речи при наличии резидуально-органической патологии центральной нервной системы. Клинически последнее характеризуется [Буянов М. И. и др., 1981] однообразной картиной, отсутствием выраженного переживания заикания; больные не стремятся активно от него избавиться, к лечению обычно прибегают лишь по настоянию родителей. Динамика заикания не определяется ситуативными моментами и состояниями эмоционального напряжения, судороги локализуются преимущественно в артикуляционном аппарате, заикание сопровождается тахилалией и дислалией. Представляет интерес замечание авторов, что чем больше пациент контролирует тему речи и фиксирует внимание на речевом дефекте, тем меньше у него выражено заикание.

«Неврозоподобное заикание» в некоторых работах [Хей В., 1983] обозначается как «органическое заикание».

Нередко трудности возникают при дифференциальной диагностике заикания от нарушений речи, связанных с органическим поражением речевой зоны (после регрессировавшей афазии и др.). Как отмечает С. Н. Давиденков (1963), речь в таких случаях может быть замедленной с повторениями отдельных слов или звуков. Однако при этом нет типичных для заикания спазмов речевой мускулатуры и обычно отсутствует страх речи. Автор полагает, что такой же характер носят расстройства речи после воздушных контузий. А. М. Свядощ (1971) все случаи посттравматического заикания считает истерическими. По мнению И. П. Тяпугина (1960), постконтузионное заикание также не является истинным заиканием: судороги отмечаются преимущественно в мышцах органов дыхания, степень заикания не зависит от ситуации, отсутствуют страх речи, а также сопутствующие судорожные движения мышц лица, конечностей и туловища.

В плане дифференциальной диагностики взрослых заикающихся представляют интерес исследования Н. М. Асатиани и соавт. [Асатиани Н. М., Казаков В. Г. 1974; Фрейдин Ю. Л., 1974; Белянова Я. И. и др., 1975; Асатиани Н. М. и др., 1985], в которых выделены и описаны клинико-психопатологические особенности основных групп заикающихся — в рамках неврозов и других по-

граничных состояний, резидуально-органических поражений центральной нервной системы и вялопрогредиентной шизофрении. Для невротического развития при заикании характерны непрерывное течение, полиморфизм клинической картины со стойкими невротическими и патохарактерологическими расстройствами, утратой динамичности невротических явлений, терапевтическая резистентность речевых и психопатологических расстройств. Описаны следующие варианты невротического развития при заикании: астенодепрессивный, сенситивный, сверхценно-ипохондрический, обсессивно-фобический и истерический. У больных с органическим поражением головного мозга в структуре логофобического синдрома могут преобладать речевая судорожность и аффективные нарушения. Помимо заикания, нередко наблюдаются тахилалия, элементы клаттеринг-синдрома, дизартрия, ринолалия и др. Характерно также обилие гиперкинезов, сопутствующих и насильственных движений мышц, не участвующих в речевом акте. Эти нарушения сочетаются с обязательной для данного состояния психоорганической симптоматикой. В ряде случаев на поздних стадиях болезни может наблюдаться логофобический синдром без одного из важнейших его компонентов — судорожного синдрома (заикания). Больной способен свободно говорить и в то же время испытывает страх. Напротив, в отдельных случаях судорожное расстройство речи может быть почти изолированным моторным нарушением без психической переработки и патологических личностных реакций на этот дефект. Заикание у больных с вялопрогредиентным течением шизофрении никогда не является основной причиной нарушения контактов их с окружающими; в качестве таковой выступают специфические изменения личности. Логофобический синдром не становится основным, ведущим клиническим проявлением, а всегда бывает частью более сложной клинической картины, нередко принимая извращенный, причудливый характер. При объективно нетяжелом заикании отношение больного к своему дефекту приобретает оттенок дисморфофобии или входит в структуру развернутого ипохондрического синдрома.

РАССТРОЙСТВА ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ

Хотя выраженные расстройства чувствительности в картине современных неврозов встречаются значительно реже, чем прежде, знание особенностей их клинических

проявлений необходимо для целей диагностики и дифференциальной диагностики неврозов с органической патологией нервной системы, в частности с поражением лимбических систем, для которых весьма характерно наличие полиморфных чувствительных расстройств.

Классическими симптомами расстройств функции органов чувств являются нарушения зрения и слуха, встречающиеся в настоящее время, как уже отмечалось ранее, крайне редко.

Патология зрения включает концентрическое сужение поля зрения, чаще на одну лишь белую метку, реже и на белую, и на красную. Типична диссоциация между выраженностью предъявляемых больным жалоб на потерю зрения и сохранностью пространственной ориентировки. Страдая полной слепотой, больные психогенным амаврозом не натыкаются на окружающие предметы, а при объективном исследовании реакция на свет у них сохранена. Расстройства зрения возникают остро, одномоментно, они всегда в более скрытой или явной форме обусловлены конфликтной ситуацией («противно и неприятно на это смотреть», «никого не хочется видеть» и др.). Если концентрическое сужение поля зрения и амавроз типичны для истерического невроза, то такие нарушения, как астенопия, фотопсия, встречаются и при других формах неврозов.

Психогенные нарушения слуха во многом сходны с расстройствами зрения. Несмотря на жалобы больных на полную глухоту, они в то же время всегда реагируют на неречевые слуховые раздражители: бытовые шумы, звуки музыки, сигналы транспорта. У больных сохраняется ауропальпебральный рефлекс Бехтерева (замыкание глазной щели в ответ на интенсивные звуковые раздражители), рефлекс Шурыгина (сужение зрачков в ответ на громкие звуки); нарушения слуха часто сопровождаются мутизмом, что особенно характерно для невротических реакций военного времени (сурдомутизм у контуженных).

Истерическая глухота обычно носит избирательный характер. Эти особенности ее клинических проявлений описаны А. М. Свядощем (1982) под названием парциальной, или избирательной, глухоты. Больной при этом может выполнять предложенные ему в устной форме действия: глубоко дышать, показать язык, т. е. слышит слова врача. В то же время на вопрос: «Вы меня слышите?» часто дает отрицательный ответ, утверждая, что он

абсолютно ничего не слышит; он не слышит также требований назвать свою фамилию, сообщить о себе ряд необходимых сведений.

В то время как психогенная глухота и сурдомутизм наблюдаются только при истерии и истерических реакциях, другие слуховые нарушения (повышенная чувствительность и непереносимость громких звуков) встречаются при всех формах неврозов.

Потеря вкуса истерического происхождения отмечается относительно редко. Иногда она является одним из компонентов синдрома нервной анорексии. Столь же редки истерические расстройства обоняния.

В качестве характерных общих особенностей расстройств чувствительности при неврозах выступают их нестабильность, отсутствие четкой локализации, незначительная выраженность вегетативных и трофических нарушений, яркость окраски переживаний либо, напротив, отсутствие активных жалоб, когда нарушения чувствительности выявляются лишь при объективном исследовании.

Описывающиеся нередко как типичные для неврозов расстройства чувствительности (по типу чулок, перчаток), а также нарушения ее строго по средней линии (гемигипестезия и гемианестезия), хотя и встречаются у больных неврозами, главным образом истерией, однако не могут рассматриваться в качестве патогномоничных для нее, так как наблюдаются и при органических заболеваниях нервной системы: первые — при полиневритах, вторые — например, при очагах в зрительном бугре.

Рядом авторов подчеркивается патогномоничность для больных истерией отсутствия чувствительности в горле (и даже во влагалище). Однако вряд ли это всегда соответствует клиническим проявлениям этой формы невроза.

В последние годы расстройства чувствительности при неврозах были подвергнуты специальному исследованию и сопоставлены с таковыми у больных с неврозоподобными состояниями на основе органического поражения лимбических систем. Эти сведения представляют несомненный интерес как в клинико-диагностическом, так и патогенетическом плане.

По данным И. З. Речицкого, И. И. Шогама (1981), И. З. Речицкого (1982), для больных неврастенией характерны дистальный тип, преобладание гипералгезий и гиперестезий; при истерии чаще отмечаются различные

варианты полиморфной топографии, реже — продольно-корешкового типа, гипалгезии, гипестезии, парестезии, соматалгии и комбинированные спонтанные сенсорные нарушения. Авторы подчеркивают принципиальное отличие описанных в классической литературе по неврозам сенсорных нарушений от наблюдавшихся в настоящее время: гомогенные анестезии уступили место фрагментарным; одновременное нарушение разных видов чувствительности сменилось диссоциированными вариантами с преимущественным изменением болевой чувствительности; гипалгезии и гипестезии по частоте и выраженности уступили место гипералгезиям и эпикритической гиперестезии.

С. А. Ровинская (1974) изучала особенности психосенсорных нарушений у больных неврозами. Автор указывает, что нарушения схемы тела здесь меньше выражены, сопровождаются неуверенностью больного в их существовании. Нарушения восприятия окружающего мира наблюдаются обычно в форме психовестибулярных расстройств (колебания почвы, окружающих предметов и т. д.). В отличие от психосенсорных нарушений при органических процессах лимбической локализации подобные расстройства у больных неврозами относительно менее выражены и отличаются меньшей степенью интериоризации переживаемых ощущений.

В клинике неврозов встречаются и более сложные нарушения чувствительности, имитирующие варианты, характерные для органической патологии (что может явиться следствием ятрогении, результатом чтения специальной медицинской литературы или наблюдения за другими больными).

НАРУШЕНИЯ СНА

Нарушение сна — весьма частое, по мнению некоторых авторов, облигатное проявление при неврозах. По данным, полученным в нашем отделении, расстройства сна наблюдаются у 39,9 % больных неврозами, причем в качестве одного из основных симптомов они встречаются у 32,9 %, а в виде основного нарушения, определяющего клиническую картину заболевания, — у 7 % больных. Особенно характерны расстройства сна для больных неврастенией.

В. С. Ротенберг и М. Г. Цетлин (1983) расстройства сна (не только спонтанно предъявляемые, но и активно

выявляемые с помощью специального анкетирования) наблюдали у 95 % больных неврозами и невротическими развитиями.

Большой интерес представляют данные о распространенности нарушений сна среди населения, полученные А. М. Вейном и соавт. (1974), К. И. Мировским и соавт. (1972). Первые анкетным методом опросили 5650 жителей Москвы, вторые — 5000 жителей сельской местности. Авторы полагают, что полученные результаты дают известное представление о частоте именно функциональных нарушений сна, наиболее характерных для практически здоровых контингентов населения. По данным А. М. Вейна и соавт., 43 % опрошенных не удовлетворены количеством и качеством сна, из них 20 % — глубиной и длительностью, 10 % — только глубиной, 13 % — только длительностью сна. Около 20 % опрошенных систематически или эпизодически принимают снотворные средства. По данным К. И. Мировского и соавт., группа плохо спящих, не удовлетворенных глубиной и продолжительностью сна, составила 13 %, группа неглубоко спящих — 10 % и мало спящих — 33 %.

Наиболее частой формой нарушений сна при неврозах являются различные виды бессонницы. V. Frankl (1959), А. М. Вейн (1982) считают, что, поскольку абсолютной бессонницы не бывает и даже длительность ночного сна менее 5 ч у больных неврозами является большой редкостью, не следует пользоваться термином «бессонница». Это не только неверно по существу, но и может оказывать ятрогенное влияние на больных. Основные классификации невротических расстройств сна строятся с учетом того периода, когда возникает нарушение сна. Ю. Я. Тупицын (1971) разделяет невротические расстройства сна на пресомнические, нарушения в виде неглубокого сна с пробуждениями и укороченного сна из-за раннего пробуждения. Отдельно рассматривается им феномен диссомнии, часто встречающийся в клинике неврозов и других пограничных состояний. А. М. Вейн (1982) предлагает пользоваться классификацией, включающей: 1) расстройства засыпания; 2) поверхностный сон; а) с частыми пробуждениями, б) с чувством непрекращающейся мыслительной работы, в) с частыми неприятными сновидениями; 3) раннее окончательное пробуждение. Подчеркивается, что длительное и мучительное засыпание обычно свойственно больным с высокой тревожностью, а раннее пробуждение — с наличием невротической

Таблица 5. **Основные клинические проявления невротических нарушений сна**

Форма невроза	Общее число больных	Нарушение засыпания	Диссомния	Сон с пробуждениями ночью	Сон укороченный из-за раннего пробуждения
	число больных				
Неврастения	60	54	29	14	13
Истерия	55	44	30	10	3
Невроз навязчивых состояний	10	9	7	1	2
Всего...	125	107	66	25	18

депрессии. В картине невротических расстройств сна часто представлены различные их виды, на что справедливо указывается в литературе.

Ниже приведено распределение и дано описание основных клинических проявлений невротических нарушений сна у больных неврозами, наблюдавшихся в нашей клинике [Тупицын Ю. Я., 1970]. Обращает на себя внимание, что при разных формах неврозов могут встречаться различные виды нарушений сна (табл. 5). Не удается также установить преимущественный вид расстройства сна при разных формах неврозов. Основным вариантом среди клинических проявлений невротических нарушений сна являлось нарушение начального этапа его (засыпания) у 107 из 125 больных. Второй по частоте формой, как это видно из табл. 5, являлись диссомнические расстройства (у 66 из 125 больных). Значительно реже встречались две другие формы: неглубокий сон с пробуждениями ночью и укороченный сон из-за раннего пробуждения. Наиболее часто наблюдалось сочетание нарушения засыпания и диссомнии.

Для нарушения сна при неврозах характерны полиморфизм, динамичность и зависимость степени клинических проявлений симптома от субъективной жесткой установки больного относительно «необходимой» длительности и глубины сна. Как отмечал R. Kingman (1929), те, кто спят 8 ч и убеждены, что они нуждаются в 10-часовом сне, считают себя страдающими от бессонницы в такой же степени, как и те люди, у которых ноч-

ной сон не превышает 4—5 ч и которые были бы удовлетворены 6—7-часовой продолжительностью сна. Другие авторы также придают большое значение представлениям больного о своем сне, оценке его, а также выработанным твердым установкам о необходимом количестве сна.

В связи с этим представляют интерес результаты объективного исследования ночного сна у больных неврозами. В. С. Ротенберг (1974) отмечает, что лишь 15 % больных спят больше 6,5 ч (все здоровые испытуемые спали больше), но в то же время и резкое сокращение длительности сна (5 ч и меньше) встречается сравнительно нечасто (в 30 % случаев). Таким образом, большинство больных неврозами спят более 5 ч, и частые жалобы на резкое сокращение ночного сна и даже полное его отсутствие свидетельствуют скорее о субъективной его недостаточности или неудовлетворенности им.

Н. А. Власовым (1974) на основании электрополиграфических исследований, проведенных у больных с нарушениями сна невротической природы, также установлено, что в большинстве случаев субъективная оценка сна (жалобы на бессонницу) не соответствует объективным данным. У больных неврозами отмечалось в этих случаях сравнительно небольшое сокращение общей продолжительности сна. Вместе с тем, отмечает автор, у всех больных была нарушена структура ночного сна: сокращение стадий дельта-сна, длительный период засыпания, значительное увеличение числа спонтанных пробуждений среди ночи и раннее окончательное пробуждение.

Ниже представлена семиология основных видов невротических нарушений сна.

Пресомнические расстройства. Расстройства начальной стадии сна — засыпания — при неврозах особенно часты, на что указывают многие авторы [Эпштейн А. Л., 1928; Садигов М. С., 1985; Касимова Л. Н., 1986, и др.]. Начальная фаза сна состоит из двух компонентов: сонливости, своего рода влечения ко сну и собственно засыпания. Нередко у больных неврозами желание спать отсутствует, нет влечения ко сну, не наступает мышечного расслабления, а различные действия, направленные на то, чтобы уснуть (перемена позы, счет про себя и др.), приводят к противоположному результату, еще больше перевозбуждая больного. В других случаях влечение ко сну имеется, но снижена его интенсивность, сонливость приобретает прерывистый, волнообразный характер. Сонливость возникает, происходит расслабление мускулату-

ры, снижается восприятие окружающего, больной принимает удобную позу для засыпания и появляется легкое дремотное состояние, но вскоре оно прерывается, в сознании возникают тревожные мысли и представления. В дальнейшем состояние бодрствования вновь сменяется легкой сонливостью и поверхностной дремотой. Подобные смены состояний могут повторяться несколько раз, приводят к эмоциональному дискомфорту, препятствующему наступлению сна.

При другом типе пресомнических нарушений влечение ко сну выражено достаточно, сонливость быстро нарастает, и больной сравнительно легко засыпает, но через 5—10 мин внезапно просыпается, сонливость полностью исчезает, и в дальнейшем в течение 1—2 ч он не может заснуть. Этот период без сна характеризуется неприятными представлениями, мыслями, опасениями, отражающими в большей или меньшей степени переживаемую конфликтную ситуацию и реакцию на невозможность уснуть.

При третьем типе пресомнических расстройств нормальная или даже повышенная сонливость сопровождается резкой гиперестезией к сенсорным раздражителям (чаще к звуковым). Страдающие подобной формой расстройства сна чрезвычайно болезненно реагируют на малейшие сенсорные раздражители, вплоть до вспышек аффекта, отчаяния, гнева на виновников этих раздражителей. Больные стремятся использовать разнообразные, нередко изощренные средства в период засыпания. Они затыкают уши ватой, накрывают голову подушкой, завешивают окна и двери плотными портьерами, избегают спать в одной комнате с другими членами семьи.

У ряда больных переживания по поводу нарушенного сна могут приобретать сверхценно-ипохондрическую окраску и по механизмам актуализации выдвигаться на первый план, нередко возникает навязчивый страх бессонницы — агриппнофобия. Она обычно сочетается с тревожно-тягостным ожиданием сна, определенными требованиями к окружающим и созданием отмеченных выше особых условий для сна.

Для нарушенного засыпания характерно удлинение дремотного периода. Это дремотное состояние часто сопровождается двигательными, сенсорными и висцеральными автоматизмами, резкими вздрагиваниями, яркими восприятиями звуков и зрительных образов, сердцебиениями, ощущениями мышечных спазмов. Часто эти явления,

пробуждая больного, вызывают различные тягостные представления и страхи, приобретающие иногда навязчивый характер (лиссофобия, кардиофобия, танатофобии и др.). Другой формой нарушения собственно засыпания является так называемый прерывистый, или волнообразный, сон, при котором отмечаются нормальная сонливость, сравнительно быстрое засыпание, внезапное пробуждение через несколько минут с последующим засыпанием.

В. И. Сухоруков (1974), изучавший чувственные компоненты процесса засыпания у больных неврозами, установил, что у этих больных до нарушения сна спектр чувственных компонентов засыпания (приятная усталость, легкая сонливость, пассивность, гиподинамия, тяжесть век, зевота и потягивание, расслабление мышц, тепло во всем теле и др.) соответствовал спектру контрольной группы практически здоровых людей. У больных неврозами с развитием нарушений сна изменение указанных чувственных компонентов происходит по типу перераспределения, усиления, ослабления или полного исчезновения. При полном исчезновении одних наблюдается появление чувств, противоположных утраченным (вместо приятной усталости, гиподинамии, пассивности наблюдаются взвинченность, раздражительность, общее напряжение и др.). Отмечается усиление чувственных компонентов с переходом их в ряде случаев в парестезии. Ряд больных утрачивают чувство дремоты, сон наступает при этом путем своеобразного «провала» без ощущения засыпания.

Необходимо отметить описанный в литературе феномен парадоксальной сонливости. В вечерние часы больной испытывает, казалось бы, неудержимое желание уснуть. Он тотчас ложится в постель, но вскоре желание спать исчезает, и процесс засыпания приобретает обычный для него мучительный характер.

Неглубокий сон с пробуждениями. Чаще всего пробуждения во сне обусловлены яркими неприятными, подчас кошмарными сновидениями, содержание которых нередко связано с доминирующими переживаниями. Пробуждение сопровождается состоянием тревоги и страха. Эти аффективные нарушения могут усугубляться неполным пробуждением и недостаточно адекватной оценкой степени реальности переживаемого. После пробуждения больной не может снова уснуть. Если эти нарушения повторяются в течение ночи, то переживаются особенно тягостно.

В других случаях ночные пробуждения происходят внезапно, без видимых причин, чаще они наступают между 2-м и 4-м часом ночного сна и сопровождаются интенсивными представлениями, вытекающими из переживаемой конфликтной ситуации. Нередко больные заявляют, что просыпаются с той же мыслью, с которой засыпают. Сон после пробуждения не наступает длительное время, и нередко больные засыпают вновь лишь в предутренние часы. Эти пробуждения часто сопровождаются изменениями аффекта, а психологическую основу состояний тревоги и страха составляют либо опасения различного рода соматических расстройств, либо агрессия и гнев по отношению к окружающим — «виновникам» нарушения сна. Последнее особенно характерно для больных с истерическим неврозом.

Укороченный сон из-за раннего пробуждения. Это более редкая форма невротического расстройства сна. Пробуждение наступает внезапно, чаще между 4-м и 6-м часом, сопровождается чувством сонливости, уменьшающимся вследствие эмоционально-аффективного напряжения, вызванного тревогой и переживанием самого факта преждевременного раннего пробуждения. После более или менее длительных усилий больной незаметно для себя впадает в дремотное состояние и вновь пробуждается. Такие циклы могут повторяться несколько раз. Больные обычно заявляют, что после первого пробуждения больше не спали.

В других случаях больные просыпаются так же внезапно и в те же часы, но отчетливой сонливости не отмечают. В дальнейшем возникает дремотное состояние, переходящее в сон, продолжающийся 30—40 мин до времени обычного пробуждения. Больные жалуются на разбитость, вялость и отсутствие чувства отдыха. При этом они уверены, что если бы им не нужно было вставать в установленное время утром, то они могли бы спать еще некоторое время. И действительно, заснув под утро и проспав несколько часов, они в дальнейшем чувствуют себя значительно лучше. Этот феномен получил в литературе название «компенсирующий сон» — сон под утро после плохо проведенной ночи [Вейн А.М., 1974]. Однако реальные условия (необходимость идти на работу, обслуживать семью и др.) чаще всего не позволяют больным использовать дополнительный сон. Таким образом, сама эта ситуация приобретает для них психотравмирующее значение.

Третий вариант — пробуждение больных после 5—6 ч ночного сна, при этом сонливость исчезает, они чувствуют себя бодрыми, тяготятся вынужденным пребыванием в постели.

Диссомния. Описанные три клинические формы расстройства сна при неврозах представляют собой нарушения трех различных фаз сна. Все они в большей или меньшей степени отражают расстройства сна по двум его характеристикам — длительности и глубине. Однако в проведенных в нашей клинике наблюдениях за больными с нарушениями сна [Тупицын Ю. Я., 1970] было отмечено, что более чем половина больных при достаточной продолжительности и удовлетворительной глубине сна все же предъявляют жалобы на бессонницу, основанием для которых становятся дискомфортные ощущения в виде разбитости, вялости после пробуждения. Эта клиническая разновидность нарушения сна при неврозах была определена как диссомния.

Условно могут быть указаны три типа этого расстройства сна. При более частом из них на фоне незначительно выраженных нарушений засыпания и собственно сна при пробуждении отсутствует ощущение бодрости, отдыха, больные жалуются на ощущение вялости, разбитости. Субъективная оценка ночного сна как неполноценного, неглубокого обычно не соответствует объективным показателям.

Эти жалобы особенно усиливаются, когда окружающие подчеркивают в психотерапевтических целях достаточную продолжительность сна больных. Следует отметить влияние указанного комплекса диссомнических расстройств на настроение и самочувствие больных не только утром, но и в течение всего дня. Возникает тревога в связи с угрозой «истощения мозга от недосыпания» (чему может способствовать ятрогения), которая в свою очередь усугубляет ипохондрическую настроенность больных.

При другом типе диссомнии ночной сон также вполне удовлетворительный по длительности и глубине, но после пробуждения больные искренне сомневаются в том, спали ли они ночью. Если в дальнейшем и приходят к окончательному выводу о том, что они спали, то все же отрицательно оценивают свой сон, считая его неестественным, неполноценным, недостаточным. Выраженной сонливости днем не отмечается, а сомнения в отношении своего сна и тревога усиливаются по мере его приближе-

ния, что нередко приводит к фиксации расстройства сна по механизму тревожного ожидания.

При диссомнии третьего типа у больных с достаточной глубиной и длительностью ночного сна при пробуждении нет ощущения сна. Эти больные всегда жалуются, что они совсем не спят, и крайне болезненно реагируют на утверждение свидетелей их сна ночью. Сколько-нибудь выраженная сонливость днем отсутствует. Всегда наблюдается тревога за свое состояние из-за бессонницы. Последний тип нарушения сна в форме диссомнии встречается при неврозах относительно редко. Его необходимо дифференцировать от проявлений соматопсихической деперсонализации при эндогенных психозах и органических заболеваниях центральной нервной системы.

Наблюдения, проведенные в нашем отделении, а также данные других авторов свидетельствуют о том, что в клинической картине невроза нарушения сна часто сочетаются с сердечно-сосудистыми, желудочно-кишечными и сексуальными расстройствами. Тяжесть их при неврозах с этими расстройствами зависит не столько от их выраженности, сколько от аффективных нарушений, сопутствующих им.

В. К. Мягер (1976) у обследованных ею больных неврозами с нарушениями сна нередко наблюдала расстройства в сексуальной сфере. Чаще расстройство сна отмечалось на фоне гиперсексуальности (неудовлетворенная сексуальность), реже — у больных с гипосексуальностью (снижение влечения и фригидность).

В клинике неврозов нередко приходится проводить дифференциальную диагностику между невротическими нарушениями сна и расстройствами сна у больных с органическими заболеваниями головного мозга — энцефалитами, диэнцефалитами и др.

У больных с псевдоневрастенической формой эпидемического энцефалита нарушения сна характеризуются упорным течением, стойкостью, крайней резистентностью к лечению, отсутствием плацебо-эффекта, извращением ритма сна, сочетанием нарушенного сна ночью с повышенной сонливостью днем. Жалобы больных этой группы в отличие от больных, страдающих неврозами, носят однообразный, монотонный характер с элементами акайрии. На возможность проявления нарушений сна у больных эпидемическим энцефалитом не только в форме сонливости, но и ухудшения сна указывают Л. О. Бадалян (1975), М. Б. Цукер (1978) и др.

Больные с гипоталамическими синдромами предъявляют жалобы на нарушения сна и бодрствования в 80 % случаев [Вейн А. М., 1974]. У большинства наблюдавшихся нами больных с инфекционными диэнцефалитами отмечалось стойкое ухудшение сна, клинические проявления которого были сходны с указанными при энцефалитах. В качестве характерной особенности расстройств сна при инфекционных диэнцефалитах выступают нарушение эмоциональных компонентов начальных и конечных стадий сна, выраженные явления диссомнии нередко с полным отсутствием ощущения сна.

В уже упомянутой работе В. С. Ротенберга и М. Г. Цетлина (1983) описываются особенности нарушений сна у больных с вялотекущей неврозоподобной шизофренией. Отмечается наличие диссоциации между содержанием жалоб на бессонницу (которая может быть и «единственной причиной» страдания, по словам больных) и характером их предъявления. Жалобы, как правило, формальны, отсутствует адекватное характеру расстройств сна переживание бессонницы; в отличие от больных неврозами больные с указанной формой шизофрении не выводят появление других невротических расстройств из нарушений сна; часто отсутствует страх перед предстоящей ночью бессонницей; причиной обращения к врачу с жалобами на бессонницу в большей мере является убеждение, что «человек должен спать»; отсутствует взаимосвязь между динамикой ночного сна и психотравмирующими обстоятельствами, колебания в характере сна чаще носят спонтанный характер. Указывается также на ряд других особенностей нарушений сна у этой группы больных, которые могут быть использованы с дифференциально-диагностической целью, прежде всего в отдельных случаях истерического невроза с расстройством сна.

Значительно реже при неврозах встречается повышенная сонливость (у отдельных больных с выраженным астеническим синдромом), а также частичный сон (лунатизм), при котором больные, продолжая спать, сохраняют способность производить различные действия (могут ходить, одеваться и др.). Совсем редко приходится наблюдать летаргический сон, примеры которого мы встречаем преимущественно в литературе.

Описания истерических гиперсомний на основании собственных наблюдений приводят А. М. Вейн (1974), В. С. Мальцева и др. (1971), Н. Н. Яхно (1972). Указанные авторы подчеркивают следующие три критерия,

необходимые для заключения о функциональной природе спячки: 1) отсутствие четкой неврологической симптоматики; 2) характерные проявления поведения в период спячки и связь их с психогенными воздействиями; 3) электроэнцефалографическую картину бодрствования во время приступа и нормальную структуру ночного сна.

Во время приступа больного обычно невозможно разбудить внешними раздражителями, в том числе и болевыми. Не наблюдается урежения пульса, дыхания, снижения артериального давления. Напротив, особенно в начале приступа, имеется выраженная вегетативная активация. Сохраняется реакция на внешние, особенно болевые, раздражения. Больные не теряют контроля над функциями тазовых органов. Приступы истерического сна могут продолжаться от нескольких часов и суток до нескольких месяцев и даже лет.

Нарушения сна в виде повышенной сонливости, лунатизма, летаргического сна у больных неврозами необходимо дифференцировать от сходных состояний при органических и травматических поражениях головного мозга, прежде всего при эпилепсии, нарколепсии и др. Дифференциальная диагностика особенно трудна в случаях приступов сна у больных с истероэпилептическими и истероорганическими сочетаниями. Основанием для диагностики служат прежде всего три указанных выше клинических критерия истерического сна.

ГОЛОВНЫЕ БОЛИ

Головная боль является весьма частым симптомом при неврозах. По нашим данным, на головную боль жалуются 58 % больных неврозами, в частности, 60,2 % лиц, страдающих неврастенией, и 64,3 % — истерией. В качестве основной жалобы головная боль выступает у 10 % больных неврастенией и 7 % истерией. Относительно реже этот симптом отмечается при неврозе навязчивых состояний.

По образному выражению W. Schulte (1955), «каждый больной страдает собственной головной болью». Если это справедливо для головных болей вообще, то тем более верно в случаях невротических цефалгий, сложность дифференциальной диагностики которых обусловлена многообразием их патофизиологических механизмов.

Нами для клинико-терапевтических целей предложена следующая классификация невротических головных болей: 1) головная боль с преимущественным участием нервно-мышечных механизмов; 2) головная боль с преимущественным участием нервно-сосудистых механизмов; 3) головная боль без значительно выраженных нервно-мышечных и нервно-сосудистых нарушений (типа психалгии). Основанием для этой классификации явились данные, полученные при многостороннем обследовании 450 больных, находившихся на лечении в клинике неврозов по поводу упорного цефалгического синдрома. Частота различных типов невротической головной боли представлена в табл. 6.

Таблица 6. **Частота различных типов головной боли при неврозах**

Тип головной боли	Число больных	Мужчины	Женщины
Невротическая головная боль с преимущественным участием нервно-мышечных механизмов	75	28	47
Невротическая головная боль с преимущественным участием нервно-сосудистых механизмов	53	19	34
Невротическая головная боль без значительно выраженных нервно-мышечных и нервно-сосудистых нарушений (типа психалгии)	19	5	14
Итого...	147*	52	95

* Указано лишь 147 из 450 больных, у которых установлен невротический характер головной боли.

Как видно из табл. 6, в клинике неврозов чаще встречаются больные, страдающие головной болью с преимущественным участием нервно-мышечных и нервно-сосудистых механизмов. При различных формах неврозов наблюдаются все три типа головной боли. Можно лишь отметить, что мышечная и сосудистая головная боль относительно чаще встречается у больных неврастенией, а типа психалгии — у больных истерией.

Невротическая головная боль с преимущественным участием нервно-мышечных механизмов. Этот тип головной боли проявляется ощущением внешнего давления, стягивания, натяжения («каска», «шапка», «шлем», «обруч» на голове, шея в «корсете»). Эти яркие описания

боли всегда отражают основной ее характер. В качестве примера приводим высказывания больных: «На голову надета тугая резиновая шапка»; «Голова сдавлена, мозгу тесно в черепной коробке, хочется сорвать ее и освободить мозг» и т. д. В 2 случаях при наличии типичной мышечной боли пациенты испытывали ощущение вбитого в затылок гвоздя. Типичны жалобы на болезненность кожи головы, ощущение онемения и др.: «Голова мерзнет, ощущение такое, как будто на темя и затылок положили лед».

Боль бывает постоянная с периодическими усилениями. В большинстве случаев она начинается с утра, к середине дня несколько уменьшается и вновь усиливается к концу дня. Локализация ее различна: односторонняя, двусторонняя, в какой-либо части головы, но чаще в области затылка и шеи (у 53 из 75 больных). Нередко боль воспринимается как глубокая. Головной боли иногда сопутствуют головокружение, тошнота и рвота.

Характерным является сочетание указанных выше болезненных ощущений и эмоциональных расстройств — тревоги и страха. Последний нередко приобретает конкретную фабулу. Чаще всего это страх сумасшествия, инсульта.

Обычно наблюдается отчетливая связь между обострением боли и возникновением или усилением страха; боль усиливается при эмоциональном напряжении, например, в связи с беседами, в которых затрагиваются психотравмирующие обстоятельства, при охлаждении головы. Поэтому больные остерегаются переохлаждения, в связи с чем почти в любое время года носят шапку, теплый платок.

Дифференцировать нервно-мышечную головную боль при неврозах следует прежде всего от вторичной цефалгии при заболеваниях глаз, придаточных пазух носа, шейных позвонков, состояния после травм головы и т. д. При этих формах головной боли отсутствует столь типичная для неврозов яркость описания боли, а также частота сочетания с эмоциональными расстройствами.

Невротическая головная боль с преимущественным участием нервно-сосудистых механизмов. Для больных неврозами с головной болью этого типа характерны пульсирующие боли («в голове пульсирует», «стучит в висках» и др.). Так, например, одна больная во время приступа головной боли дрожала, плакала, кричала, что у нее «напрягается височный сосуд» и что «он сейчас

лопнет». Другой больной со страхом рассказывал, что испытывает ощущение пульсации; в один из моментов ему показалось, как в виске что-то лопнуло, и он решил, «что это височная артерия», и вызвал врача. Красочное, крайне утрированное описание головной боли характерно в основном для больных истерией. Иногда у больных с рассматриваемым типом головной боли встречается так называемый симптом истерического гвоздя. Это ощущение непостоянно, оно возникает в момент обострения боли, локализация его нередко соответствует определенным сосудистым бассейнам — височной, затылочной артерий и др. Одна больная во время обострения боли лежала совершенно неподвижно, не могла повернуть голову, а затем тихим голосом рассказала, что в голове у нее «пульсирует, все напряжено, мозг пронизывает острая стрела, как будто в затылок введен гвоздь».

Невротическая головная боль с преимущественным участием нервно-сосудистых механизмов, как правило, возникает не сразу, а спустя несколько недель или даже месяцев после развития невроза. Выявляется очевидная зависимость боли от динамики психотравмирующих обстоятельств. Резкое усиление головной боли совпадает с обострением конфликтной ситуации. Ощущение пульсации особенно выражено во время усиления головной боли. Боль чаще постоянная, реже приступообразная. Боль локализуется в височных областях с обеих сторон либо только с одной стороны, реже в затылочной, лобной областях или же воспринимается как диффузная. Нередко пальпаторно удается определить усиление пульсации височных артерий. Иногда головная боль сопровождается вегетативными нарушениями (тошнотой, головокружением). Нет зависимости между возникновением головной боли и временем суток.

Необходимо дифференцировать головную боль нервно-сосудистого типа при неврозах от мигрени, особенно ее атипичных вариантов. При неврозах всегда выявляется психогенная обусловленность как заболевания в целом, так и симптома головной боли. Психогенные факторы часто способствуют возникновению и мигренозных приступов, но все же постоянной связи здесь нет. При классических формах мигрени обычно не возникает особых трудностей в распознавании заболевания. Более того, очень часто больные и не обращаются к врачу, так как приступы головной боли, как правило, бывают не столь частыми, а между приступами эти люди чувствуют себя совершен-

но здоровыми. Наличие семейного предрасположения к мигрени, начало приступов в молодом возрасте, предвестники головной боли (аура, тошнота, рвота и др.), нередкая локализация боли в правой или левой половине головы служат в таких случаях достаточно основательными дифференциально-диагностическими критериями.

Однако значительные трудности могут возникать при диагностике некоторых атипично протекающих утяжеленных вариантов мигрени. Для таких больных характерна постоянная, нередко весьма интенсивная головная боль, локализующаяся преимущественно в височных и затылочных областях. На этом фоне возникают частые, иногда до нескольких раз в неделю приступы головной боли, сопровождающейся тошнотой и рвотой, которые и сами больные, а в ряде случаев и врачи не связывают с имевшейся ранее мигренью.

Диагностические трудности усугубляются и тем, что длительная постоянная головная боль приводит к вторичной невротизации больных, в связи с чем они предъявляют массу других невротических жалоб (бессонница, раздражительность, плаксивость, снижение умственной работоспособности и др.).

Отмеченные утяжеленные атипичные варианты мигрени чаще всего наблюдаются в следующих случаях: 1) когда к мигрени присоединяется психогения; 2) у женщин в предклимактерическом и климактерическом периодах; 3) у больных мигренью после травм головы, в особенности после повторных травм.

Клинически у этих больных выявляются признаки выраженной вегетососудистой дистонии, прежде всего в виде колебаний артериального давления в сторону как повышения, так и понижения. В дальнейшем у многих больных с наклонностью к артериальной гипертензии возникает гипертоническая болезнь, а у больных с наклонностью к артериальной гипотензии — выраженные гипотонические состояния, особенно тяжело протекающие при наличии регионарных церебральных сосудистых нарушений. Последние устанавливаются на основании значительного повышения или понижения ретинального давления.

Течение заболевания принимает особенно неблагоприятный характер под влиянием продолжающихся длительное время психотравмирующих ситуаций (семейно-бытовых, сексуальных, производственных). При поверх-

ностном подходе в этих случаях диагностируются самые различные виды патологии — от истерии до опухоли головного мозга. Только тщательное обследование больных и глубокий анализ клинико-лабораторных данных помогают уточнению диагноза и подбору адекватного лечения.

Невротическая головная боль типа психалгии. Больные испытывают затруднения при описании характера головной боли, часто не могут ее точно локализовать, отсутствуют значительная динамика и прогредиентность. Как и вообще при невротических болях, здесь особенно ярко проявляется ситуационная обусловленность симптома. Интенсивность боли не изменяется при приеме различных анальгетиков и даже наркотиков.

Некоторые авторы считают, что подлинная психогенная головная боль (психалгия) скорее носит характер иллюзии, галлюцинации, беспокоит больного только «умственно», физической же боли он не испытывает и что действительно психогенная головная боль встречается у психически больных и значительно реже — при неврозах.

Своеобразный вариант психогенной головной боли, связанной с напряжением внимания, описывает J. Nick (1959). Он наблюдал ее у детей, юношей и взрослых. Во всех случаях головная боль возникает в связи с напряжением внимания и проходит через некоторое время после прекращения интеллектуального усилия. Боль чаще умеренная, но труднопереносимая, так как лишает больного трудоспособности. Она не связана со зрительным напряжением и может наблюдаться у слепых. Боль не зависит от умственного переутомления, так как возникает и в самом начале умственной работы, например при чтении. Уровень интеллекта также не имеет значения. Чаще всего боль возникает в тех случаях, когда интеллектуальное усилие направлено на важную для больного деятельность (например, работа над дипломом). Иногда головная боль возникает только при изучении нелюбимого предмета, например математики. Любопытно замечание автора, что у лентяев имеется стойкий иммунитет к головной боли, связанной с напряжением внимания. Автор рассматривает эту головную боль как симптом психоаффективного напряжения. Однако в связи с тем, что никаких объективных изменений, сопутствующих боли, установить при этом не удается, по его мнению, симптом является чисто субъективным.

Приведенное наблюдение иллюстрирует клинические особенности головной боли типа психалгии при неврозах.

Больная Ж., 29 лет, высказывала ряд общеневротических жалоб. Основное внимание при этом обращала на головную боль, которой страдает в течение последнего года. Она возникала во второй половине дня, чаще в часы, предшествующие сну. Больная испытывала затруднения при описании головной боли, не могла ее точно локализовать; удалось только выяснить, что боль «ужасная», «мучительная», почти не имеет динамики в смысле характера и интенсивности. Больная изредка обращалась в диспансер, проводимое лечеиие эффекта не давало, никакие болеутоляющие средства головную боль не уменьшали.

Со стороны внутренних органов и нервной системы каких-либо изменений, которые могли бы объяснить головную боль, выявить не удалось. Лабораторные данные без патологии. Артериальное давление 110/70 мм рт. ст. Определялись оживление сухожильных рефлексов, вазомоторная лабильность, дрожание век и вытянутых пальцев рук. Больная была повышенно эмотивной, легковнушаемой, ипохондричной. Причиниу своего болезненного состояния объяснить не могла.

При специальных исследованиях (височная плетизмография, электромиография) не было установлено зависимости между динамикой головной боли и изменениями в сосудистой и мышечной системах головы. Содержание катехоламинов и гистамина в крови не выходило за пределы нормы.

После ряда длительных психотерапевтических бесед было выяснено, что у больной и раньше изредка возникала головная боль. Три года назад она вышла замуж скорее из-за дружеской привязанности к мужу, чем по любви. Интимные отношения стали для больной источником постоянных переживаний. Некоторое время она соглашалась на настойчивые просьбы и требования мужа, но вот уже в течение двух последних лет фактически не живет с ним половой жизнью. Периодически возникавшая у нее после замужества головная боль за последний год стала почти постоянной. Объясняя столь длительное отсутствие нормальных супружеских отношений, больная сказала, что прежде она стеснялась мужа, так как с детства матерью ей прививались строгие моральные установки, но что в настоящее время дело не только в этом: она чувствует себя совершенно больной из-за головной боли, ей сейчас «не до этого» и что муж это тоже понимает. Была выяснена несомненная роль в сложившейся ситуации противоречивых отношений больной к мужу: привязанность к нему как к хорошему человеку наряду с раздражением, связанным с ее фригидностью. Последняя объяснялась, по-видимому, и некоторым снижением потенции у мужа.

Основной задачей психотерапии по мере установления хорошего контакта между больной и врачом было осознание ею возможных причин заболевания: усиления головной боли, изредка имевшей место и в прошлом, в связи с существующим сексуальным конфликтом, использование жалоб на головную боль для уклонения от половой близости. Внимание больной было переключено на необходимость разумного разрешения сексуального конфликта. К концу лечения состояние ее улучшилось, уменьшилась головная боль. Она перестала посещать диспансер и пришла на прием только спустя 5 мес. На этот раз больная жаловалась на мучительную боль в подложечной области.

На вопрос о головной боли ответила, что не испытывает ее уже давно. С мужем установились нормальные супружеские отношения.

Интересно отметить, что и на этот раз больная была целиком во власти болезненных ощущений. Имелось много общего между двумя алгическими синдромами: трудности в их описании, отсутствие внешних признаков переживания боли, динамики и прогредиентности в течении, уменьшение боли при отвлечении внимания, отсутствие эффекта от приема обезболивающих средств. На этот раз все началось с того, что у больной пропал аппетит и она сильно похудела (на 5 кг за 2 мес). Возникла мысль о раке желудка, утвердившаяся в результате неосторожного высказывания врача при рентгеноскопии желудка. Однако при тщательном обследовании никакой патологии со стороны желудочно-кишечного тракта не выявлено, за исключением некоторого понижения кислотности желудочного сока.

Снова проводились длительные психотерапевтические беседы, и было выяснено, что перед самым началом заболевания она случайно узнала об измене мужа. Муж настаивал на разводе, и только в последнее время, с тех пор как она заболела, стал относиться к ней более внимательно и ласково. Был вызван для беседы муж, предприняты попытки к нормализации семейной жизни. Больная осознала связь имеющихся нарушений (как и в первом случае) с психотравмирующей ситуацией. Состояние ее значительно улучшилось, и она перестала посещать диспансер.

Приведенное наблюдение является достаточно типичным для больных этой группы. Пациентка страдала головной болью и раньше, однако это не приводило к декомпенсации. Все внимание больной переключалось на головную боль в период трудноразрешимых для нее конфликтных семейных отношений. Головная боль оказалась удобным средством выхода из создавшейся ситуации: она помогла больной уйти от разрешения реальных жизненных трудностей.

В учении о боли проблема психалгий является одной из наиболее сложных и малоизученных. В равной мере это относится и к головной боли типа психалгии. Подчеркивая трудности, связанные с ее трактовкой, отметим следующее. Больные неврозами часто жалуются на головную боль, хотя и не страдают ею в собственном смысле этого слова. Больной знает, что его мыслительные, эмоциональные и другие функции локализуются в голове. Поэтому их недостаточность он может условно обозначать термином «головная боль». Часто, выясняя характер головной боли у лиц, страдающих неврозами, мы узнаем, что речь идет не о головной боли, а об особом состоянии, хорошо известном в клинике неврозов. И. П. Павлов называл его «трудным состоянием в мозгу». Нередко именно это состояние, которое больные идентифицируют с головной болью, является для них известным оправданием снижения работоспособности. В этих

случаях речь идет, конечно, не о психалгиях, точно так же как неправильно было бы относить к ним различные сенестопатические ощущения («пустая», «протезная», «ватная» голова, ощущения «неживого мозга» и др.)

Психалгия является прежде всего частным случаем боли вообще. И в случаях психалгии сохраняет свое значение положение о том, что не существует боли, лишенной материальной основы вне «болевой системы». Вместе с тем клинический опыт работы в отделении неврозов показывает, что нередко переживание боли определяется не только и не столько сенсорным, сколько эмоциональным компонентом, реакцией личности на боль.

В связи с этим особое значение приобретает правильная клиническая оценка соотношения двух основных компонентов переживания боли — сенсорного и эмоционального, установление своеобразного коэффициента «психогенности боли». Наши исследования, выполненные с помощью ряда электрофизиологических методик, позволили выявить сенсорный компонент тех головных болей при неврозах, которые прежде неизбежно оказывались в группе психалгий. Исключение этих случаев из категории психалгий было бы неправильным как в теоретическом плане (поскольку могло бы привести к ошибочному выводу, что возможна головная боль без сенсорного компонента), так и в терапевтическом (потому что только патогенетическая психотерапия дает у этих больных убедительный лечебный эффект).

При оценке утрированного переживания боли при психалгиях нужно учитывать, с одной стороны, индивидуальные особенности личности больного, преувеличение жалоб с целью вызвать сочувствие окружающих, привлечь внимание врача, а с другой — определенную изнеженность, повышенную чувствительность к боли.

Таким образом, основным в характеристике головной боли типа психалгии является не отсутствие сенсорного компонента (объективизация его в каждом случае зависит лишь от наших технических возможностей), а решающее значение в ее переживании психического компонента боли, реакции личности на боль. Содержательный анализ этой реакции основывается на изучении конкретной жизненной истории больного, особенностей его личности, специфики психотравмирующей ситуации и их связи с имеющимся симптомом.

Глава 4. ОСНОВНЫЕ ФОРМЫ НЕВРОЗОВ И ИХ КЛИНИЧЕСКАЯ ДИНАМИКА

НЕВРАСТЕНИЯ

В 1970 г. J. C. Chatel, R. Peele опубликовали столетний обзор литературы по неврастении, в котором представили основные вехи становления учения об этом заболевании в США, где оно впервые было описано, и в Европе. Со времени появления статьи G. M. Beard (1869) диагноз неврастении получил столь широкое распространение, что, например, в Британской армии во время первой мировой войны была создана специальная программа обучения, по окончании которого врач получал звание «эксперт по неврастении».

Работы P. Janet (1911), с одной стороны, и E. Hecker (1893) и S. Freud (1922) — с другой, способствовали сужению неврастении путем вычленения из нее психастении (с фобиями, обсессиями и компульсиями) и невроза тревоги. В дальнейшем это коснулось также депрессии, которая была выделена в самостоятельную форму невроза. Интерес к неврастении в связи с этим резко снизился. Во многих, в том числе и современных, учебниках и крупных руководствах неврастения не упоминается вовсе.

A. Kreindler (1963) с целью отграничения психогенных форм неврастении от неврастеноподобных картин при других заболеваниях непсихогенной природы, а также от астенических состояний, вызванных переутомлением, предложил термин «астенический невроз», используемый рядом авторов.

Лишь в период разработки МКБ-8 было решено в соответствии с предложением представителей СССР, Франции, США, Англии и некоторых других стран возвратиться к термину «неврастения» и выделить ее в качестве отдельной формы невроза. В МКБ-9 неврастения включает в себя невроз истощения, нервное истощение, психогенную астению и реактивную неврастению.

Неврастения является наиболее распространенной формой неврозов. По нашим данным, диагноз неврастении был установлен 1859 больным из 2901 больного неврозами, лечившегося в клинике (т. е. в 64,1 % случаев). Различия с данными других авторов, вероятно, определяются той условной величиной коэффициента «психогенности», который дает основания отнести заболевание

к неврозу, а не рассматривать его в рамках многообразных неврозоподобных нарушений со сходной симптоматикой. Трудности диагностики особенно возрастают при неврастении ввиду сложного соотношения психогенного и соматогенного факторов именно при этой форме невроза.

Для клинической картины неврастении весьма характерны общеневротические нарушения, бессонница и головная боль, а также различные вегетативно-висцеральные симптомы.

В отечественной литературе принято деление неврастении на гиперстеническую, переходную (раздражительной слабости) и гипостеническую формы или стадии заболевания [Павлов И. П., 1954, 1955; Гаккель Л. Б., 1960; Свядощ А. М., 1982, и др.]. По-видимому, правильнее говорить о разных формах неврастении, рассматривая их в то же время как последовательные стадии в рамках динамики заболевания с учетом того, что продолжительность и степень выраженности каждой из них могут значительно варьировать. Целесообразность такового разделения в принципе имеет как физиологическое, так и биохимическое обоснование в аспекте концепции стресса. Между I и III из названных стадий неврастении, с одной стороны, и I и III стадиями стресса — с другой, как показали наши исследования, может быть проведена некоторая параллель [Губачев Ю. М. и др., 1976].

Для гиперстенической формы неврастении характерны чрезмерная раздражительность, несдержанность, нетерпеливость, повышенная чувствительность к незначительным раздражителям, слезливость, нарушение внимания и др. Противоположная форма неврастении — гипостеническая (или астеническая) — отличается прежде всего более выраженным компонентом собственно астении, как психической, так и физической. Снижаются работоспособность и интерес к окружающему, появляются постепенное чувство усталости, вялости, несвежести, иногда сонливости.

Форма раздражительной слабости занимает промежуточное положение. При ней наблюдаются повышенная возбудимость и в то же время слабость, истощаемость, а также легкие переходы от гиперстении к гипостении, от чрезмерной активности к апатии. Эмоционально-аффективные нарушения при неврастении могут приобретать депрессивную окраску и по мере развития заболевания иногда достигают степени синдрома невро-

тической депрессии. К нередким проявлениям неврастении относятся ипохондрические расстройства, которые при этой форме невроза выступают в виде астеноипохондрического и депрессивно-ипохондрического синдромов.

Все варианты невротических расстройств сна встречаются при неврастении. Относительно чаще здесь отмечаются пресомнические расстройства, сон с пробуждениями ночью и легкие формы диссомнии.

Из описанных ранее вариантов головной боли для неврастении характерна прежде всего боль нервно-мышечного типа.

Практически облигатными симптомами неврастении следует считать вегетативные расстройства, проявляющиеся в виде зябкости конечностей, общего и дистального гипергидроза, лабильности пульса, чаще с наклонностью к тахикардии. Частыми симптомами являются равномерное повышение сухожильных рефлексов, дрожание век и пальцев вытянутых рук, боль в мышцах, гиперестезия отдельных участков кожных покровов и др. Отмечаются и более выраженные нарушения в виде вегетативных кризов.

Существенное значение среди клинических проявлений неврастении имеют сексуальные растройства. У мужчин это преждевременная эякуляция и ослабление эрекции, а также снижение полового влечения, у женщин — снижение полового влечения, неполное ощущение оргазма, иногда аноргазмия.

Для рассматриваемой формы невроза характерны многообразные нарушения висцеральных функций, описанные в соответствующих разделах руководства как психогенные расстройства сердечной деятельности, дыхания, желудочно-кишечного тракта, мочевыделительной системы.

Л. Н. Лежепекова (1970, 1972), исследовавшая у 200 больных неврастенией основные клинические проявления (оценка проводилась по пятибалльной системе), приводит следующие данные по пяти- и четырехбалльной оценке (т. е. в наибольшей степени выраженности): астенизация — у 94 % больных, эмоциональная неустойчивость — у 79 %, раздражительная слабость — у 64,5 %, нарушения сна — у 58 %, ипохондричность — у 57 %, головная боль — у 50 %, тревожность — у 48 %, депрессивность — у 27 % больных.

Частота нейросоматических нарушений в качестве

ведущих при неврастении, согласно нашим данным, полученным при обследовании 356 больных, составляет для сердечно-сосудистых расстройств 18 %, половых — 14 %, желудочно-кишечных — 3 % и дыхательных — 3 %.

Ряд авторов [Давиденков С. Н., 1956; Коровин А. М., 1974] указывают на возможность развития при неврастении своеобразных, периодически возникающих, обычно крайне непродолжительных состояний измененного сознания. Общей чертой их является то, что развиваются они не спонтанно, а почти всегда в связи с какой-то определенной ситуацией, специфичной для каждого больного (в случаях усиленного сосредоточения внимания, при необходимости внезапного переключения из состояния покоя на какую-нибудь деятельность и т. д.). Иногда эти состояния выступают как «потеря нити мысли», «временное замирание мозговой деятельности» и пр. Их приходится дифференцировать от эпилепсии. В отличие от последней при неврастении такие состояния развиваются всегда в ситуации нервного перенапряжения. Они исчезают, не оставляя после себя никаких неприятных ощущений. Имеются и другие клинические симптомы невроза, в то время как данных, указывающих на эпилепсию, при самом тщательном неврологическом и электроэнцефалографическом исследовании не выявляется.

В нашей практике мы также наблюдали несколько больных с подобными расстройствами. У одного больного (врач) эти состояния, как правило, возникали во время лекций, обязательно на фоне предшествующего переутомления, продолжались несколько секунд. В ряде случаев (но не всегда) сопровождались быстро проходящим страхом сумасшествия вследствие «потери нити мысли», но чаще всего эти состояния отмечались в чистом виде, без указанного страха. У другого больного во время подобных же состояний возникал страх развития инсульта, в это время у него появлялось сердцебиение, иногда чувство прилива крови к голове. На то, что пароксизмальные состояния при неврозах могут сопровождаться вегетативными расстройствами, обратил внимание также А. М. Коровин (1974). Интересно, что у первого нашего больного описанные особые состояния сознания продолжались многие годы уже после практического выздоровления от невроза, возникая только в стандартных условиях, требующих значительного напряжения

внимания (лекции в студенческой аудитории, чаще доклады на конференциях).

Неврастения, рассматриваемая нами как психогенное заболевание, характеризуется различным типом течения. Встречаются как неврастения в форме невротической реакции с длительностью до нескольких месяцев, так и затяжные формы неврастении, продолжающиеся иногда многие годы. В каждом случае длительность заболевания определяется соотношением различных факторов (особенности клинических проявлений, личности, патогенной ситуации, церебральной «почвы», сопутствующие соматические заболевания и др.). В приводимом ниже наблюдении в возникновении неврастении более отчетливо выступает патогенная роль неправильного воспитания больного в семье.

Больной Г., 22 лет, студент. При поступлении жаловался на чувство неуверенности в результатах своей работы, повышенную утомляемость, выраженную сонливость днем при неспокойном ночном сне и раздражительность. Родился в Ленинграде в семье научных работников. Отец — человек по характеру слабый, во всем подчиняющийся жене. Мать — властная, настойчивая, не признающая никакого иного, кроме своего, мнения. В детстве мать контролировала все поступки больного. С первых же дней занятий в школе он был озорным, не очень дисциплинированным, любил проказы, часто получал низкие оценки по поведению, однако по учебной программе всегда успевал хорошо.

В семье отношения складывались таким образом, что мать, командовавшая всеми, предоставляла мужу возможность постоянно порицать поведение сына. Отец позволял себе часто высказывать обидные и оскорбительные суждения относительно способностей сына и почти всегда низко оценивал результаты его деятельности.

Перед началом заболевания семья больного в течение 6 мес жила за границей. По возвращении в Ленинград у больного возникли повышенная раздражительность, конфликтность, которые привели к серьезным недоразумениям в школе. Мать перевела его в другую школу, которую он и закончил. По настоянию матери он поступил в инженерно-строительный институт, где предъявлял к себе завышенные требования, не справлялся с программой, так как без конца переделывал учебные задания, будучи неудовлетворенным их выполнением Затем последовали перевод на заочное отделение и поступление на работу в качестве техника, в результате чего нагрузка еще больше увеличилась

За полгода до начала заболевания вступил в брак, одобренный матерью. Отношения в семье не усложнились внешне, но жена больного, будучи человеком упрямым и самостоятельным, оказывает на него давление в проведении намеченной ею программы: постройки кооперативной квартиры и рождения ребенка. К моменту госпитализации больного в отделение жена была на пятом месяце беременности, квартирный вопрос — в стадии оформления. За несколько месяцев до поступления у больного развились описанные жалобы.

Соматический статус: среднего роста, несколько бледен, кожа чистая. Внутренние органы без патологии.

Неврологический статус: очаговые симптомы поражения центральной нервной системы не выявлены. Равномерное повышение сухожильных рефлексов; признаки вегетативной лабильности (лабильность пульса и артериального давления и др.).

Психический статус: продуктивный психопатологической симптоматики не отмечено. Несколько замкнут, немногословен и напряжен. Настроение ровное, но периодически кажется апатичным и безынициативным. В отделении много спит, стремится общаться с окружающими, которым мог бы подчиниться, легко внушаем.

Приводим первые 15 признаков шкалы астении, получившие при обследовании больного высокие оценки: «Ожидание меня нервирует. Я работаю с большим напряжением. Мне трудно сосредоточиться на какой-либо задаче или вопросе. Мне кажется, что я ни на что не годен. Я забывчив. Я забываю, куда кладу вещи. Я чувствую себя усталым. Я не так хорошо понимаю прочитанное. Меня легко задеть. Я бываю злым и раздражительным. Мне не дают заснуть беспокойные мысли. Мои глаза устают при длительном чтении. Мои планы представляются мне настолько трудновыполнимыми, что я отказываюсь от них. Меня беспокоят половые вопросы. Я испытываю общую слабость».

Строгая регламентация поведения со стороны матери и выработавшаяся при активном участии отца низкая самооценка определили формирование характера безынициативного и неуверенного в результатах своей деятельности человека. К началу развития неврастении больной не имел никакого стимула к проявлению инициативы, так как вся его жизнь на многие годы была «запрограммирована» женой и матерью. Симптомы нарастающей астении обусловлены постоянным производственным и учебным перенапряжением, усугубляющимся необходимостью доделывать и переделывать учебные и производственные задания.

Наиболее частый тип течения неврастении — последовательный переход гиперстенической формы в промежуточную и далее в гипостеническую, сопровождающийся обычно нарастанием собственно астенических нарушений.

С учетом клинического и терапевтического значения, которое приобретают в настоящее время затяжные формы неврозов, как уже было отмечено, помимо указанных ранее трех основных этапов (стадий, форм) невроза (невротическая реакция, острый невроз, невротическое развитие), выделяется стадия затяжного невроза, предшествующая формированию невротического развития [Читава О. Р., 1975; Липгарт Н. К. и др., 1979; Читава О. Р. и др., 1979; Трегубов Л. З., 1980; Подкорытов В. С., 1981; Ульянова Л. А., 1981; Липгарт Н. К., Радченко В. П., 1982; Карвасарский Б. Д. и др., 1984; Опилат Н. П., 1985; Касимова Л. Н., 1986].

В качестве основных критериев для отграничения

затяжной формы неврастении (в целом это относится к затяжному течению и других форм неврозов) предлагаются следующие: 1) в клинической картине заболевания проявляются стойкие ипохондрические, депрессивные и тревожно-фобические расстройства; 2) в связи с большим включением гипоталамического уровня нарастают астенические и висцеровегетативные проявления; 3) отмечается менее выраженная взаимосвязь между клиническими, психологическими и социально-психологическими радикалами заболевания; 4) отдельные клинические формы теряют четкие очертания, трансформируясь в так называемую недифференцированную форму невроза; 5) первоначально нестойкие адаптивные психологические реакции сменяются патологическими защитными механизмами, приобретающими ригидный характер; 6) все жизненные ценности и интересы больного смещаются в сфере его здоровья, отмечается значительное сужение его социальных связей.

При всей условности критерия продолжительности болезни о затяжной форме невроза можно говорить лишь при значительной его длительности — не менее 1 года от начала заболевания.

Наиболее часто при хронизации неврастении на первый план выступают такие симптомокомплексы, как ипохондрический и астенодепрессивный. При первом варианте в клинической картине, как правило, отмечаются вегетативно-диэнцефальные и висцеровегетативные расстройства в форме психогенно обусловленных вегетативных кризов и системных соматических нарушений, сопровождающихся развитием навязчивых страхов ипохондрического характера. Висцеровегетативные расстройства при хронизации невроза могут распространяться на ряд систем (сердечно-сосудистую, дыхания, желудочно-кишечного тракта и др.), придавая клинической картине полисиндромальный характер. Симптоматика наиболее часто выступает в виде астеноипохондрического и ипохондрического синдромов.

При астенодепрессивном варианте затяжного течения неврастении эмоционально-аффективные нарушения приобретают депрессивную окраску и по мере развития заболевания иногда достигают степени синдрома невротической депрессии. Депрессивная симптоматика развивается без проявлений витального аффекта, отсутствуют истинные светлые промежутки, а также деперсонализация и дереализация, выраженность же подавленности

связана с ситуацией. Снижение настроения нередко сочетается со страхами, реже наблюдается тревожная окраска депрессивных переживаний. Астеническая симптоматика при этом варианте отличается более выраженным компонентом собственно астении, как психической, так и физической. По мере развития заболевания отмечается снижение работоспособности, появляется постоянное чувство усталости, вялости, несвежести, иногда сонливости.

В литературе неоднократно указывалось на появление в картине затяжных форм неврастении истерических включений [Лакосина Н. Д., 1970; Трегубов Л. З., 1980; Подкорытов В. С., 1981; Касимова Л. Н., 1986, и др.] в виде личностно-аффективных расстройств, «комка в горле» и пр. В выполненной под нашим руководством работе Л. З. Трегубова (1980) показано, что при типичных клинических картинах неврастении длительностью не менее 1 года у некоторых больных наблюдались двигательно-акустические нарушения голосового аппарата в виде функциональных нарушений фонации (гипокинетических, гиперкинетических, дискинезии, фоностении). Нарушения голоса не стирали классическую неврастеническую симптоматику, но, занимая ведущее место в структуре синдрома, в силу своей «необычности» тяжелее переносились больными, рассматривались как «главный» симптом болезни. Большое значение имел также тот факт, что в ряде случаев при нарушении голосообразования больным угрожала профессиональная непригодность (учитель, диктор, телефонистка и др.), что вызывало дополнительную психотравматизацию.

На значение дисфоний в современной клинике неврастении указывает также В. А. Куршев (1986).

В. В. Королев (1967), Н. Д. Лакосина (1970), В. Ф. Матвеев, А. А. Ковалев (1978), Г. К. Ушаков (1978) отмечают, что при длительном течении неврастении (свыше 5—7 лет) появляется ряд особенностей, типичных уже для невротического развития. Критериями такого перехода авторы считают недостаточную эффективность терапевтических мероприятий даже при разрешении психотравмирующей ситуации; переход от мононевротической симптоматики к полиморфным невротическим расстройствам на фоне стойких нарушений настроения депрессивного характера; появление ранее не присущих больному черт характера; склонность к аффективным реакциям; определенный «отрыв» болезненных переживаний от психогении.

Об особенностях течения неврастении определенное представление дают результаты катамнестических исследований. В работе, проведенной в нашей клинике Е. К. Яковлевой и Р. А. Зачепицким, где давность катамнеза составила от 10 до 25 лет, приводятся данные о 117 больных неврастенией: 49,6 % из них оказались здоровыми, у 24,8 % отмечено стойкое улучшение, у 4,3 % состояние не изменилось, у 6,8 % наблюдалось ухудшение, у 14,5 % больных наступил рецидив. Авторами подчеркнуто, что в случае благоприятных терапевтических результатов в катамнезе больных неврастенией преобладает выздоровление.

Исходом затяжной неврастении [Касимова Л. Н., 1986] в 11,5 % случаев было полное выздоровление, в 28,9 % — выздоровление с остаточными невротическими расстройствами, в 29,1 % случаев клиническая картина затяжного неврастенического невроза стабилизировалась и в течение ближайших лет не выявлялось существенной динамики болезни, в 30,5 % случаев отмечен переход неврастении в неврастеническое развитие личности.

Дифференциальный диагноз неврастении в рамках неврозов с неврастеноподобными синдромами при других заболеваниях представляет нередко значительные трудности. При неврастении в большей мере, чем при других формах неврозов, правильная диагностика требует привлечения не только негативных, но и позитивных характеристик диагностики невротических состояний.

Определенную трудность представляет дифференциальный диагноз неврастении с неврозоподобными («псевдоневрастеническими») вариантами энцефалитов: вирусными (полисезонными и гриппозными) и эпидемическим энцефалитом Экономо [Давиденкова-Кулькова Е. Ф., Кострова Е. С., 1957; Карвасарский Б. Д., 1965, и др.]. У многих из этих больных в течение длительного времени ошибочно диагностировались различные формы неврозов, чаще — неврастения. Так, среди исследованных нами больных с энцефалитом (61 пациент) неврастения была диагностирована у 28 больных и другие формы невроза — у 7.

Причиной диагностических ошибок является не только отсутствие в ряде наблюдений достаточно убедительных данных, указывающих на органическое заболевание головного мозга, но и нередкое сочетание этих вариантов энцефалитов с неврозами. Чаще всего хронический энце-

фалит является фактором, ослабляющим нервную систему и способствующим возникновению психогении, причем в ряде случаев та или иная неблагоприятная ситуация приобретает патогенное значение для больного лишь после перенесенного энцефалита. У некоторых больных возникновение невротического компонента обусловлено патологической реакцией на заболевание мозга, а переживания болезни приобретают характер психогении в связи с личностными особенностями больного, а иногда — ятрогении.

Головная боль часто является одной из основных жалоб, с которой больные связывают другие нарушения: ухудшение памяти и внимания, снижение умственной работоспособности, пониженное настроение.

Среди других жалоб следует отметить расстройства сна (сонливость, реже бессонница и нарушения ритма сна), стойкие психосенсорные расстройства. Особо следует подчеркнуть характерную для этих больных вязкость, монотонность в высказывании жалоб — «энцефалитическую прилипчивость» или «акайрию», по М. И. Аствацатурову. Органическая неврологическая симптоматика чаще нерезко выражена. У ряда больных наблюдаются нарушения глазодвигательных нервов (птоз, диплопия, ослабление конвергенции и др.), легкая слабость нижней ветви лицевого нерва, асимметрия сухожильных рефлексов, гипомимия.

Особенно трудными в дифференциально-диагностическом отношении являются случаи неврозоподобного варианта эпидемического энцефалита, когда не наблюдается острого начала, заболевание развивается постепенно и больные не могут точно указать время его возникновения.

При длительном течении заболевания лишь у 2 из 10 наблюдавшихся нами больных с неврозоподобными формами эпидемического энцефалита отмечались начальные явления паркинсонизма и у одного больного — синдром нарколепсии. Это соответствует литературным данным о более благоприятном течении современных форм энцефалита Экономо, но может объясняться и тем, что больные с явлениями постэнцефалитического паркинсонизма и с другими более грубыми неврологическими нарушениями не поступали в отделение неврозов, а, естественно, направлялись в неврологические стационары.

Больные с неврозоподобными вариантами вирусных энцефалитов — полисезонных и гриппозных — жаловались на головную боль, тяжесть в голове, постоянную усталость, неспособность заниматься умственной работой,

трудности сосредоточения внимания, рассеянность, ухудшение памяти. Из других жалоб следует отметить расстройство сна (однако менее выраженное, чем при эпидемическом энцефалите), боль, жжение и другие неприятные ощущения в различных частях тела. Нередки деперсонализационные и дереализационные переживания. Весьма характерны для полисезонных вирусных энцефалитов различные психосенсорные расстройства: «протезная голова», «голова набита опилками», «зуд в голове», «чувство прогревания в лобных долях», «в голове все горит, переливается, хлюпает» и т. д. У больных наблюдаются колебания настроения, безразличие к окружающему, сужение круга интересов, фиксация на своем заболевании, энцефалитическая вязкость.

Во всех случаях выявляется нерезко выраженная органическая микросимптоматика.

При лабораторном исследовании у части больных с неврозоподобными вариантами энцефалитов обнаруживаются отклонения от нормы: нерезкие изменения глазного дна, признаки повышения внутричерепного давления на краниограммах, увеличение содержания белка в спинномозговой жидкости, нерезкая гликорахия и т. д. Значительную диагностическую ценность представляют при этих формах энцефалитов данные пневмоэнцефалографического исследования.

У большинства больных на пневмоэнцефалограммах выявляются признаки гидроцефалии. Среди других изменений следует отметить расширение субарахноидальных щелей и очаговую атрофию коры.

Трудности дифференциальной диагностики между неврастенией и «псевдоневрастенической» формой эпидемического энцефалита иллюстрирует краткая выписка из истории болезни.

Больной Б., 36 лет, инженер. При поступлении жаловался на головную боль диффузного характера, усиливающуюся при психическом напряжении, постоянную общую усталость, трудность сосредоточения внимания на выполняемой работе, плохую память, неприятные болевые ощущения во всем теле, упорную бессонницу.

Начало заболевания связывает с длительной психотравмирующей ситуацией социально-производственного характера, разрешившейся, однако, спустя год благоприятно для больного. В этот период стала возникать головная боль и расстроился сон. Около 10 лет лечился амбулаторно у невропатолога по поводу неврастении. Состояние несколько улучшалось, но все же совершенно здоровым, по словам больного, он уже никогда не был. Несколько раз перенес грипп, после которого состояние заметно ухудшалось. Перестал справляться со своими служебными обязанностями, прекратил работу над диссертацией. Усилилась

бессонница, что объяснял неблагоприятными жилищно-бытовыми условиями («шумные соседи»). Поступил на лечение в отделение неврозов и психотерапии Института им. В. М. Бехтерева.

Неврологически определялись ослабление конвергенции, легкая слабость нижней ветви правого лицевого нерва, незначительно выраженная гипомимия, общие вегетативные нарушения. В психопатологическом плане обращали на себя внимание сенесто-ипохондрические и астенические расстройства После лечения состояние существенно не изменилось. Был выписан с диагнозом: неврастения с астеноипохондрическим синдромом на резидуально-органическом фоне. После выписки наблюдался амбулаторно. Периодически у больного отмечалась субфебрильная температура неясного генеза. Спустя 2 года вновь поступил в то же отделение. Стали более стойкими головные боли, появились неприятные ощущения в теле. Неврологически (помимо имевшейся ранее симптоматики) отмечались гипомимия, гиперсаливация. Усилились вязкость и монотонность в высказывании жалоб. На рентгенограммах черепа установлены незначительно выраженные признаки повышения внутричерепного давления в виде увеличенных пальцевых вдавлений.

Длительность и стойкость неврастенического симптомокомплекса, отсутствие убедительных признаков невроза, неврологические и психопатологические данные позволили диагностировать у больного «псевдоневрастенический» вариант эпидемического энцефалита. Диагноз был подтвержден С. Н. Давиденковым.

Больному произведена пневмоэнцефалография: выявлена выраженная внутренняя сообщающаяся водянка головного мозга, свидетельствующая о значительной атрофии подкорковых образований (рис. 4).

Особенностям клинических проявлений неврозоподобных расстройств при церебрально-органических заболеваниях инфекционного и травматического генеза, прежде всего «неврастенического» спектра (астеноипохондрического, астеновегетативного, астенодепрессивного и др.), их сочетаниям с психогениями, вопросам дифференциальной диагностики посвящено выполненное на большом клинико-экспериментальном материале исследование Л. П. Яцкова (1985).

Выше (см. главу 2) нами описаны отличия невротической депрессии от эндогенной, в том числе ларвированных ее форм. Как и в случае шизофрении, наибольшие трудности в дифференциальной диагностике здесь могут обусловливаться наличием психогенных моментов, предшествующих развитию эндогенной депрессии, а также сопутствующей психогении в сочетании с незначительной выраженностью или отсутствием в отдельных случаях классических симптомов психотической депрессии, преимущественным нарушением телесного чувства при маскированных депрессиях. Иллюстрацией подобных дифференциально-диагностических трудностей служит наше наблюдение.



Рис. 4. Пневмоэнцефалограммы больного Б-ва.

а — задняя; б — боковая. Резко выраженная внутренняя сообщающаяся водянка головного мозга.

Больной Б., 42 лет, врач. Поступил в отделение после предшествующего длительного и безуспешного лечения с диагнозом: неврастения.

Родился вторым ребенком. Отец — властный человек с эпилептоидными чертами характера. Мать добрая, безвольная, полностью подчиненная отцу. Больной развивался без особенностей, перенес ряд детских инфекций. Окончил среднюю школу и медицинский институт. Учился всегда хорошо благодаря усидчивости и настойчивости. После окончания института до начала заболевания работал на административных должностях, успешно продвигаясь по служебной лестнице.

Непосредственно развитию заболевания предшествовали смерть старшего брата и семейные неурядицы. Однако нарушение нервного равновесия, по словам больного, наступило несколько ранее в связи с серьезной служебной неприятностью, повлекшей за собой административные порицания и понижение по службе. С этого времени у больного постепенно развился неврастенический симптомокомплекс, выражавшийся в снижении настроения, нарушении сна, тревоге, нерезко выраженной лиссофобии. Вскоре к этому присоединились жалобы на боли в эпигастральной области, в правом подреберье, по ходу толстого кишечника. Почти постоянное лечение, в том числе в соматических стационарах, не давало улучшения, а наоборот, вызывало еще большее усиление тревоги, ухудшение сна, возникновение мыслей о безнадежности своего состояния. Стало трудно справляться с работой.

Объективно: удовлетворительного питания, тоны сердца приглушены. Язык влажный, слегка обложен белым налетом. Стул со склонностью к запорам. Какой-либо патологии со стороны внутренних органов не выявлено. Симптомов органического поражения центральной нервной системы не установлено. Наблюдается нерезко выраженная вегетативная лабильность.

Психическое состояние: больной тревожен и несколько напряжен, выражение лица временами тоскливое. Ипохондричен, постоянно прислушивается к своим ощущениям, которые описывает подробно и образно. Пытается искать их причину. Высказывает уверенность в том, что он страдает тяжелым соматическим недугом с вторичной неврастенией. Ищет помощи, но сомневается в возможности излечения. Не верит в свои силы, высказывает болезненные переживания по поводу своей несостоятельности. Сон только со снотворным и транквилизаторами. Уже во время пребывания в отделении отмечены нерезко выраженные суточные колебания настроения с улучшением к вечеру.

В данном случае дифференциальный диагноз следовало проводить между неврастенией с депрессивно-ипохондрическим синдромом и скрытой соматизированной депрессией психотического регистра. Первый из этих диагнозов и устанавливали больному до поступления в отделение неврозов, что было обосновано предшествовавшими началу заболевания психотравмами. Одна из этих травм несомненно могла быть отнесена к психогенным, учитывая ее силу и влияние на систему столь важных для него служебных отношений.

Вместе с тем внимательный учет описанных выше психопатологических нарушений в сочетании с отсутстви-

ем эффекта от предшествующего психотерапевтического лечения, стойкость клинических проявлений болезни, наличие, хотя и нерезко выраженных, суточных колебаний настроения, сенесто-ипохондрические проявления при отсутствии органического и соответствующего преморбидного фона давали достаточно оснований для диагностики маскированной депрессии. Этот диагноз был убедительно подтвержден результатами лечения антидепрессантами — амитриптилином в сочетании с мелипрамином.

Состояние больного постепенно нормализовалось. На первом этапе оно было еще неустойчивым; временами возобновлялись подавленность и тревога. Далее настроение выровнялось, исчезли сенесто-ипохондрические переживания, появилось критическое отношение к пережитому, нормализовался сон, восстановилась работоспособность, обнаружились правильные социальные установки. Выписан в хорошем состоянии с рекомендацией работы в полном объеме, в том числе административной.

Сравнительный опыт нашей работы в различные периоды прошедших 30 лет убедительно показывает (в полном соответствии с литературными данными), что число больных со «стертыми» формами депрессий, поступающих с диагнозами различных форм неврозов, в последние годы заметно возрастает. Данный контингент больных характеризуется резким контрастом между безуспешностью предшествующего самого разнообразного лечения (но, как правило, без применения антидепрессантов) и выздоровлением при условии уточненной диагностики и адекватной терапии. Это существенно выделяет их среди больных с истинными неврозами, эффективность лечения которых часто бывает значительно ниже. Заметим также, что больные маскированными депрессиями — как раз та группа больных, у которых лечение «ex juvantibus» при диагностических сомнениях является и обоснованным, и необходимым.

Дифференциация неврастении со сходными клиническими вариантами других заболеваний должна начинаться на уровне отдельных, наиболее часто встречающихся при неврастении синдромов: астенического (с неврозоподобными формами шизофрении, астеническими проявлениями при сосудистых и травматических поражениях головного мозга), ипохондрического (с неврозоподобной формой шизофрении, органическими заболеваниями головного мозга), синдромов невротической депрессии (с

ларвированными формами эндогенных депрессий). Столь частые при неврастении соматовегетативные расстройства требуют дифференциации с соматической патологией, сопровождающейся неврозоподобными расстройствами. Эти вопросы рассматривались в главе 3. Особенности личности больных неврастенией, специфика наиболее типичного для этой формы невротического конфликта, составляющие основу позитивной диагностики неврастении, описываются в главах 5 и 6.

ИСТЕРИЯ (ИСТЕРИЧЕСКИЙ НЕВРОЗ)

«Истерия» — термин, пришедший к нам из древнегреческой медицины (в связи с предположением о роли матки — hystera — в происхождении болезни). Поистине необозримо число работ, посвященных этому заболеванию, принадлежащих неврологам, психиатрам, психологам, физиологам, среди которых немало известных ученых и клиницистов [Блуменау Л. В., 1926; Павлов И. П., 1932; Давиденко С. Н., 1963; Семке В. Я., 1988; Charcot J., 1885; Badinski J., 1909; Janet P., 1911; Freud S., 1952; Kretschmer E., 1971; Kretschmer E., Kretschmer W., 1974; Jakubik A., 1982, и др.].

В последние десятилетия вновь отмечается оживление интереса к истерии как к своеобразной модели психогенного заболевания, в наибольшей степени отражающего изменения клинической картины неврозов под влиянием исторически меняющихся социальных, экономических и других условий жизни.

Истерия является второй по частоте формой невроза; значительно чаще она встречается у женщин, чем у мужчин. Среди больных неврозом, находившихся на стационарном лечении в нашем отделении (2901 человек), диагноз истерии установлен у 817 больных, из них было 111 мужчин и 706 женщин.

Наряду с изменением клинических проявлений истерии, увеличением частоты смешанных (истероневрастенических, истерофобических) форм ряд авторов отмечают относительное уменьшение частоты истерических неврозов, что объясняется повышением уровня культуры, образования, сознания людей. Наряду с положительными моментами, несомненно способствующими снижению заболеваемости неврозами в нашей стране, имеются обстоятельства, которые как бы формируют определенные факторы, участвующие в этиопатогенезе истерических

форм неврозов. Нельзя не согласиться с А. В. Крыжановским (1974), который указывает, что, с одной стороны, в условиях социалистического здравоохранения все большее число больных неврозами попадают в сферу врачебного наблюдения и получают не только медицинскую, но и социальную помощь. С другой стороны, именно это последнее обстоятельство при заболеваниях, характеризующихся «условной приятностью» болезненных симптомов [Павлов И. П., 1932], способствует в ряде случаев появлению у больных рентных тенденций, что особенно существенно для формирования истерии, с учетом своеобразия описанного в главе 6 невротического конфликта, лежащего в ее основе.

Для истерии характерна чрезмерно пестрая, полиморфная и изменчивая симптоматика. Схематично она может быть представлена несколькими группами болезненных проявлений, к которым относятся психические, а также моторные, сенсорные и вегетативно-висцеральные нарушения.

Такие психические расстройства, как психогенные амнезии, сумеречные состояния, синдром Ганзера, псевдодеменция, пуэрилизм и др., при истерии за последнее время стали встречаться значительно реже; гораздо большее практическое значение приобрели эмоционально-аффективные расстройства, фобии, астения и ипохондрические проявления.

Истерическая симптоматика эмоционально-аффективного характера чаще всего выступает в виде снижения настроения, страхов. Общими особенностями указанных нарушений, как правило, являются небольшая глубина, демонстративность, нарочитость переживаний и совершенно определенная ситуационная их обусловленность. Своеобразие фобий и астении при истерии отмечено в разделе основных невротических синдромов.

Приводимое клиническое наблюдение иллюстрирует некоторые особенности фобического синдрома у больной истерией.

Больная Ч., 26 лет, врач-патологоанатом. При поступлении высказывала многообразные жалобы — на плохой сон, раздражительность, плаксивость, отсутствие аппетита, неустойчивое настроение, головные боли, навязчивые страхи при виде секционной комнаты, ножей, извлеченных внутренностей и др.

Родилась в срок, росла несколько нервной; с пятилетнего возраста испытывала страхи по ночам, некоторое время страдала ночным недержанием мочи. В детстве перенесла дифтерию и малярию. Была единственной дочерью, избалованной вниманием родителей, плаксивой,

впечатлительной, неуверенной в себе. Легко уставала, но в то же время очень любила общество подруг, шумные игры, танцы. Училась хорошо, но особого интереса к медицинским наукам не испытывала.

Объективно: соматический статус без отклонений от нормы. Неврологический статус — отсутствие рефлексов со слизистых оболочек, глоточных и конъюнктивальных, оживление сухожильных рефлексов, вазомоторная лабильность.

Психическое состояние: сознание ясное, эмотивнолабильная, мнительная, капризная, претенциозная, эгоцентричная, производит впечатление инфантильной. Навязчивые явления носят неустойчивый характер, больная временами полностью забывает о них, поглощенная другими мыслями.

Как выяснилось при изучении истории развития заболевания, указанные выше явления возникли в течение последних 10 мес. В этот период у больной сложилась очень трудная ситуация: неудачное замужество, требование развода со стороны мужа, необходимость отъезда по распределению, чего больная очень не хотела делать из-за неуверенности в своих силах, а также из-за боязни порвать связь с мужем.

Таким образом, у личности с истерическими особенностями характера и отдельными психастеническими чертами (неуверенность, мнительность) в период жизненных трудностей, необходимости принятия решения возник истерический невроз с навязчивыми образованиями по типу «бегства в болезнь». Больная, склонная к страхам с детства, фиксируется на страхах, связанных с ее непосредственной работой. Возникшим болезненным состоянием, главным образом фобиями, и мотивирует она отказ от поездки на работу по распределению. В самом навязчивом симптомокомплексе у данной больной больше демонстративности и ухода от трудностей (что свойственно истерическим личностям), чем переживания навязчивостей.

К двигательным нарушениям при истерии относятся судорожные припадки, параличи, парезы (в том числе и такая своеобразная их форма, как астазия-абазия), гиперкинезы, контрактуры, блефароспазм, афония и мутизм.

Из сенсорных расстройств наиболее характерными являются истерическая слепота, глухота и нарушения чувствительности в виде гипестезий, гиперестезий и парестезий. Н. Д. Лакосина и соавт. (1987) подчеркивают, что в клинике современной истерии расстройства чувствительности отличаются все большей бледностью, элементарностью, напоминая ощущения больных соматиче-

скими заболеваниями (с типичной иррадиацией болей в левое плечо, левую половину грудной клетки и др.).

Несмотря на то что двигательные и чувствительные нарушения весьма специфичны, а некоторые из них даже патогномоничны для истерии, дифференциально-диагностическая ценность их снижается в связи с уменьшением их частоты в клинике современной истерии.

Следующее наблюдение иллюстрирует классическую симптоматику истерии, в настоящее время относительно редко встречающуюся.

Больная Ф., 40 лет, не работает в связи с инвалидностью. В клинику была доставлена на носилках с явлениями астазии-абазии. При поступлении жаловалась на головную боль, головокружение, тошноту и рвоту после каждого приема пищи, невозможность ходить, стоять, совершать движения из-за болей в нижних конечностях, на дрожание во всем теле, судорожные подергивания мускулатуры туловища и верхних конечностей, раздражительность, вспыльчивость, плохой сон.

Первый ребенок в семье. Мать умерла рано во время родов второго ребенка. Отец повторно женился на женщине, которая была моложе его на 30 лет и не любила детей мужа. Больная с детских лет отличалась повышенной самостоятельностью, упрямством, старалась делать все на зло мачехе. После смерти отца воспитывалась в детском доме, окончила 10 классов, в годы Великой Отечественной войны служила секретарем-машинисткой. После демобилизации из армии поступила в медицинский институт, но через 2 года оставила учебу, так как вышла замуж, а вскоре родился ребенок. Брак оказался неудачным, с мужем разошлась («не сошлись характером»). Окончила торговую школу, была буфетчицей, затем уехала в Заполярье, где продолжала работать в торговой сети. Вышла замуж, имеет от второго брака ребенка 8 лет.

Заболевание началось в возрасте 37 лет на фоне семейных неурядиц, конфликтных, вплоть до развода, отношений с мужем и плохого поведения дочери. Во время очередной семейной ссоры муж ударил больную. С ее слов, была кратковременная потеря сознания. На пункте скорой помощи, куда прибежала больная, отмечались поташнивание и рвота. Тошнота и рвота не прекращались в течение 3 мес лечения в местной больнице. В это время шло судебное разбирательство дела, и муж за избиение больной был приговорен к тюремному заключению. После выписки из больницы состояние было вполне удовлетворительным, однако вскоре после того, как в магазине, которым заведовала больная, была обнаружена серьезная недостача, вновь возобновилась головная боль, тошнота и рвота. В связи с безуспешностью лечения в местной больнице была направлена в Москву. Во время пребывания в стационаре из полученного письма узнала, что мужа досрочно освободили. У больной развилась истерическая астазия-абазия, которая не прошла ни в клинике, ни в местной больнице, куда она была доставлена на носилках. Была переведена на инвалидность, а затем поступила в нашу клинику.

Объективно при поступлении: правильного телосложения, удовлетворительного питания. Отмечаются бледность кожных покровов, астазия-абазия, явления двусторонней атрофии от бездействия мышц бедер и голеней. Внутренние органы без особенностей. При исследо-

вании черепных нервов патологии не выявлено. Патологических рефлексов и расстройств чувствительности нет. Умеренный тремор конечностей, больше выраженный справа. Сознание ясное, полностью ориентирована. В беседе раздражительна, вспыльчива, претенциозна. Склонна к истерическим реакциям в виде рыданий, общего дрожания, рвоты. Память и интеллект не нарушены.

В период пребывания больной в отделении почти ни одного дня не проходило без предъявления претензий к персоналу. Говорила в палате вызывающе громким голосом, требовала к себе постоянного внимания. После каждого приема больничной пищи возникала рвота типа срыгивания, притом чаще на виду у больных и персонала. Это всегда сопровождалось громкими упреками в адрес поваров, которые «плохо готовят пищу». В то же время, несмотря на постоянную рвоту, больная не худела, так как употребляли продукты, присылаемые из дома. Препятствовала лечению и активации режима. Попытки поставить больную на ноги под наркогипнозом были безуспешными. Обнаружила установочные мотивы поведения и рентные тенденции. Когда больной сообщили о снижении группы инвалидности, демонстративно на глазах всего отделения пыталась «ползти домой», причем эта сцена сопровождалась рыданиями и обвинениями врачей в бездушности. Никакому психотерапевтическому лечению не поддавалась.

Анализ всех материалов о жизненной истории больной и ее заболевании показал, что у нее в трудных условиях детства сформировался истерический тип реагирования с наклонностью к внешней демонстративности болезненных проявлений при обидах и неудачах. Так, в детском доме после конфликтов с воспитателем она несколько раз теряла зрение. Ее выраженный эгоцентризм проявился даже в эпизоде осуждения мужа якобы за побои, а в действительности за то, что он хотел получить развод. Наличие у больной инвалидности юридически налагало на мужа материальную ответственность, так как болезнь развилась после нанесенной им травмы, он же нес и моральную ответственность перед окружающими за попытку оставить «беспомощную» жену и детей. Кроме того, положение «лежачей» больной позволяло ей командовать другими членами семьи и в первую очередь непослушной дочерью, которая уже не могла огорчать и волновать «тяжело больную мать».

В этом наблюдении отчетливо видно, как ранее сформированный стереотип поведения приобретает в своем развитии патологические истерические формы реагирования, имеющие для больной болезненно-адаптивный характер.

Астазия-абазия и рвота в данном случае представляют чрезвычайно демонстративную форму проявления болезни с возможностью воздействовать на психику и воображение окружающих.

Указанные формы поведения и отношение к своему заболеванию, столь характерные для классической истерии, P. Janet называл «прекрасным равнодушием».

Многие авторы не без оснований отмечают, что при истерии такие выразительно-демонстративные клинические проявления, как судорожные припадки, параличи, нарушения, симулирующие патологию органов чувств, все больше уступают место вегетативно-висцеральным расстройствам, которые в значительной степени обусловлены склонностью больных к задержке внешних проявлений резких эмоциональных реакций.

К числу вегетативно-соматических проявлений истерии относятся нарушения сердечной деятельности, дыхания, желудочно-кишечного тракта, вегетативные и сексуальные расстройства. Указанная группа нарушений вызывает наибольшие затруднения при отграничении истерии от других форм неврозов и специально описана в главе 3.

По нашим данным, полученным при обследовании 817 больных, классические истерические симптомы отмечены лишь у 78 из них, в том числе истерические припадки — у 7, параличи — у 5, парезы — у 15, гиперкинезы — у 18, блефароспазм — у 13, астазия-абазия — у 10, афония — у 6, амавроз — у 3, мутизм — у 1 и сурдомутизм — у 3 больных.

Часто в качестве симптомов, определявших декомпенсацию заболевания, выступали нейросоматические расстройства: сердечно-сосудистые нарушения — у 15 %, желудочно-кишечные — у 8 %, дыхательные — у 5 %, половые — у 5 %, головная боль — у 7 %, нарушения сна — у 7 % больных.

Сходные данные получены и зарубежными авторами. Так, C. Stefanis и соавт. (1976) приводят результаты ретроспективного изучения психически больных, посещавших амбулаторное отделение Афинской психиатрической больницы. Разделив больных истерией на 5 групп: с истерическими припадками, симптомами физической конверсии (парезы, астазия-абазия и др.), симптомами психической конверсии (сомнамбулизм, сумеречное состояние и др.), вегетативными симптомами и со смешанными формами, авторы констатировали резкое уменьшение числа больных с истерическими припадками, а также с психическим симптомами конверсии и значительное увеличение числа пациентов со смешанными симптомами конверсии. Вновь было подтверждено, что истерия

является предпочтительно женским заболеванием, хотя отмечено и увеличение заболеваемости среди мужчин.

Сравнительно с двумя другими формами неврозов — неврастенией и неврозом навязчивых состояний — при истерии в значительно большей мере обращают на себя внимание личностные особенности больных, в существенной степени определяющие психопатологическое обрамление симптомов, хотя, как отмечает А. В. Крыжановский (1974), оно порой куда более скромно, чем самые незначительные проявления истерического характера в прошлом.

Больные истерическим неврозом отличаются повышенной чувствительностью и впечатлительностью, внушаемостью и самовнушаемостью, неустойчивостью настроения. Будучи эгоистичными и эгоцентричными, они склонны привлекать к себе внимание окружающих, что является отражением одной из основных тенденций истерической личности — требования признания.

Крайне важно подчеркнуть, что наряду с больными истерией, личность которых практически исчерпывается отмеченными чертами, в современной клинике неврозов встречаются больные с этой формой невроза, структура личности которых характеризуется не только совокупностью указанных ядерных и облигатных особенностей, но и включает в себя другие черты. Чаще это отдельные черты психастенического типа, такие как неуверенность в себе, нерешительность, тревожная мнительность. В других случаях это проявления некоторой шизоидности, которая выступает в виде высокой сенситивности, сочетающейся с эмоциональной холодностью, трудностью контактов [Тупицын Ю. Я., 1973; Семке В. Я., 1975, и др.].

Наличие характерных особенностей личности у больных истерией издавна являлось основанием для продолжающихся и в настоящее время споров о том, относить ли истерию к неврозам или к психопатиям. Следует подчеркнуть, что в отличие от истероидной психопатии описанные личностные особенности у больных истерическим неврозом характеризуются меньшей выраженностью, не приводят к значительному снижению в социально-этическом плане и всегда являются следствием большего влияния прижизненных факторов, выступающих в виде определенных вариантов неправильного воспитания. С одной стороны, это обстановка изнеживающего воспи-

тания, беспринципной уступчивости больному, когда ему все позволено, неоправданное подчеркивание существующих и несуществующих достоинств, положительных качеств, что приводит к неадекватному завышению уровня притязаний. В дальнейшем такие лица лишаются способности тормозить свои желания, противоречащие общественным требованиям и нормам. С другой стороны, особенности характера, присущие истерии, могут формироваться в иных условиях, в обстановке грубодеспотического, подавляющего воспитания, при котором начинают преобладать недоверчивость, озлобленность, тенденция противопоставлять себя окружающим.

Отмеченные личностные особенности больных истерией обусловливают весьма характерный для этой формы невроза тип патогенного конфликта (см. главу 6).

В качестве исключения, подтверждающего основную направленность клинического патоморфоза истерии и возможные его причины, выступает своеобразный синдром, описанный [Гуськов В. С., Урюпина М. Д., 1985] в северных областях нашей страны и получивший название «икота». М. Д. Урюпина, наблюдавшая 90 таких больных, относит их преимущественно к психогенным заболеваниям истерической природы. Как разновидность кликушества «икота» («икотка») происходит от зырянского слова и означает собственное имя злого духа, злобного живого существа, которое способно, по мнению суеверных людей, принимать вид мухи, зайца, собаки и даже человека. Оно вселяется в организм человека, причиняет ему различные страдания и неприятные ощущения.

Из 90 больных «икотой» автор у 48 установила психотический характер болезни и у 42 — невротический.

При невротических истерических реакциях (32 человека) патологические идеи «порчи», одержимости, воздействия носили черты сверхценных образований. Однако для этих больных характерны адекватное поведение, хорошая социальная адаптация, достаточная степень критической оценки, а также отсутствие нарушения сознания, поэтому автор считает возможным в этих случаях отказаться от диагностики психоза. Представляет интерес, что подобные нарушения возникают у людей с низким уровнем образования, общей осведомленности и медицинской культуры, суеверных, обращающихся к знахарям по поводу «порчи», при наличии контактов с

подобными же больными. Синдром «икоты» может протекать подостро с практическим выздоровлением либо рецидивирует с формированием невротического развития. При крайней редкости истерических нарушений с идеями колдовства и одержимости в условиях нашей действительности случаи синдрома «икоты» подчеркивают значение для формирования истерических картин своеобразия тех жизненных (прежде всего бытовых) условий, в которых находится человек.

Подобно другим неврозам, истерия может проявляться в виде невротической реакции, острого невроза, затяжного невроза и невротического развития. При двух последних вариантах актуальная психотравмирующая ситуация выступает менее отчетливо по сравнению с личностными особенностями больных и их отношениями, сформировавшимися в процессе жизни и воспитания и в свою очередь определяющими стереотипы реагирования больных на обстоятельства жизни.

Вопросы, касающиеся динамики истерического невроза, освещаются в работах Р. А. Зачепицкого (1972), В. К. Мягер (1976), выполненных в нашей клинике, а также других авторов [Вульферт Г. Г., 1969; Подкорытов В. С., 1981; Радченко В. П., 1983; Касимова Л. Н., 1986; Семке В. Я.; 1988, и др.].

В интересном исследовании Р. А. Зачепицкого (1972), основанном на изучении катамнеза (от 15 до 25 лет) 147 больных истерическим неврозом, рассматривается индивидуальный патоморфоз симптомов, доминирующих при истерии. Автор показывает, что мнение о большой изменчивости симптомов при истерии справедливо лишь для разнообразных расстройств, составляющих фон этого невроза, и в меньшей мере характерно для акцент-симптомов, играющих ведущую роль в декомпенсации больных. У больных с истерическими реакциями в подавляющем большинстве случаев (91,4 %) не было отмечено изменений доминирующих симптомов ни в анамнезе, ни на протяжении заболевания, в том числе при рецидивах (почти у половины больных). Чаще симптоматика изменялась у больных, имеющих в преморбиде черты истероидной психопатии (29,6 %). В этом исследовании, как и в ряде других работ, подчеркивается, что изменение симптомов при истерии может отражать динамику их обратного развития под влиянием лечения (например, ликвидация истерического мутизма проходит через стадию заикания, параплегия — через стадию астазии-аба-

зии и т. д.). Характер дополнительных, новых или видоизмененных симптомов обычно отражал переживания, связанные с изменившейся ситуацией, что ярко иллюстрирует приводимое ниже наблюдение.

У 45-летней женщины истерический мутизм возник после ссор со взрослым сыном, не желающим ей подчиняться. Он женился против воли больной и поселился у жены. Но через несколько лет ввиду капитального ремонта квартиры сын с невесткой должен был переселиться к больной. В ожидании нелюбимой невестки она находилась в сильном волнении, и в момент, когда та появилась на пороге квартиры, у больной, как она потом выразилась в беседе с врачом, «потемнело в глазах», она испугалась, что теряет зрение, и с этого времени утратила его. Это был истерический амавроз. В течение последующих психотерапевтических бесед больная призналась, что «очень не хотела видеть невестку». Таким образом, в изменившейся ситуации возник новый истерический симптом, символически выражавший психологическую установку больной. В дальнейшем при повторных декомпенсациях мутизм и слепота время от времени перемежались. Наблюдения над больной в течение длительного времени показали, что в старости истерические расстройства у нее прекратились.

У 42 из 99 больных, исследованных Р. А. Зачепицким, было отмечено прекращение истерических расстройств в позднем возрасте. В. К. Мягер (1976), наблюдавшая 80 больных истерическим неврозом, также примерно у половины из них отметила рецидивы, при которых чаще всего воспроизводилась первоначальная симптоматика заболевания или фиксировался первый случайный симптом.

В клинической картине затяжной истерии формируются особые соотношения эмоционально-аффективных расстройств, фобий, астении и ипохондрических проявлений. Этими соотношениями обусловливается наличие трех основных вариантов затяжного течения истерии: ипохондрического, тревожно-фобического и депрессивного. По данным В. С. Подкорытова (1981), первый вариант встречался в 34 % случаев, второй — в 24,5 % и третий — в 37,7 %. Для затяжных истерических неврозов особенно характерно развитие ипохондрического синдрома (с усилением тенденции к негативному самовнушению, поиску признания, эгоцентризму и др.) и тревожно-фобических проявлений (фобии и ипохондрические опасения). Фабула страха может меняться и во многом определяется характером висцеровегетативных расстройств, а его интенсивность и содержание сохраняют определенную связь с ситуацией. При затяжном течении истерического невроза преобладают нозофобии с тенденцией к ипохондризации.

В неблагоприятных условиях, при длительном сохра-

нении патогенной конфликтной ситуации, обусловливающей затяжное течение истерического невроза, возможен переход его в истерическое развитие личности. Наиболее частые его проявления в настоящее время — затяжные невротические состояния с истерической ипохондрией.

Особенности клиники, динамики и дифференциальной диагностики синдрома истерической ипохондрии рассматриваются в работах как отечественных, так и зарубежных авторов [Дубницкая Э. Б., 1977; Ey H., 1950, и др.]. Как отмечает Э. Б. Дубницкая, ипохондрия в этих случаях первоначально включает в себя чрезмерное внимание к своему здоровью, тревогу за него, а основными структурными элементами синдрома истерической ипохондрии являются, с одной стороны, истерические, а с другой — тревожно-фобические симптомы. Последние включают в себя фобии и тревожные опасения ипохондрического содержания (кардиофобии, танатофобии и др.). Предполагая, что клинические особенности истерической ипохондрии в значительной степени конституционально обусловлены, автор установила, что динамика клинической картины этого синдрома имела сходство с динамикой психопатии соответствующего типа. Большой интерес представляют данные 15—20-летнего катамнеза, полученные в рассматриваемой работе. У больных одной группы не выявлялось прогредиентного развития заболевания, обнаруживались лишь постепенное уменьшение яркости и эмоциональной насыщенности проявлений синдрома, а также редукция вегетативной и фобической симптоматики. У больных другой группы при прогредиентном течении заболевания происходило видоизменение картины истерической ипохондрии, а также усложнение ее за счет присоединения новых расстройств (в частности, сенестопатий); фобии и образные представления сменялись стойкими навязчивыми опасениями, истерические расстройства становились все более однообразными и утрачивали связь с внешними факторами. Автор подчеркивает, что развитие картины малопрогредиентной шизофрении у больных второй группы подтверждает имеющиеся в литературе данные о том, что сочетание истерических расстройств с обсессивными является прогностически неблагоприятным признаком, свидетельствующим о процессуальном характере заболевания. Как уже отмечалось ранее, для больных ипохондрической формой шизофрении характерны также нередко возникающие до

появления сенестопатий изменения настроения, раздражительность, снижение интереса к окружающему и потребности в контактах, наплывы мыслей и др.

При характеристике истерических расстройств в клинической картине шизофрении обычно подчеркивается их утрированность (больные выглядят «слишком истеричными»), возникают они часто внезапно, вне связи с психотравмирующей ситуацией.

Весьма сложной в клинике неврозов является дифференциальная диагностика истерии с органическими заболеваниями центральной нервной системы. Как указывает R. E. Kendell (1987), у 33 % больных с первоначально установленным диагнозом истерии в катамнезе он был изменен на органическое заболевание головного мозга.

Работы А. М. Вейна (1982) и его сотрудников [Родштат И. В., 1971; Попов Е. М., 1974], Н. Антонова (1974) и других авторов, а также наши исследования [Карвасарский Б. Д., 1969, 1980] убедительно показывают следующее: 1) нередко более актуальной задачей при проведении дифференциальной диагностики между истерией и органическим заболеванием центральной нервной системы является не исключение одного из них, а выяснение соотношения истерического и органического компонентов в общей картине заболевания; 2) истерические реакции не только не исключают, но часто предполагают наличие органической почвы.

Е. М. Поповым (1977) были сопоставлены результаты неврологического и пневмоэнцефалографического исследований трех групп обследованных лиц — больных истерией, больных другими формами неврозов и контрольной группы здоровых лиц. Симптомы очагового поражения и изменения на ПЭГ оказались более выраженными у больных истерией (исследовались тяжелые формы истерии с судорожными припадками, параличами и др.). Четкие отклонения от нормы на ПЭГ чаще выявлялись у лиц с неврологическими органическими симптомами. По мнению автора, органическое поражение головного мозга в подавляющем большинстве случаев носило резидуальный характер, что подтверждалось и анамнестическими сведениями (травмы мозга, нейроинфекции в прошлом).

В связи с приведенными выше данными заслуживает внимания работа И. А. Кудрявцева (1985) по изучению современного патоморфоза реактивных психозов. Редукции в структуре последних, как показал автор, таких

грубых истерических расстройств, как мутизм, астазия-абазия, псевдоафазии, псевдоапраксии и др., соответствовало изменение характера органической патологии. Удельный вес сосудистых и инфекционных поражений головного мозга в группе пациентов 1961—1971 гг. был значительно меньше, чем у больных 1950—1960 гг., и, следовательно, уменьшились возможности истерической имитации симптоматики органических заболеваний.

Вместе с тем указаниями на частоту истерических проявлений при травмах головного мозга, органических (чаще диэнцефальных) поражениях центральной нервной системы авторы явно злоупотребляют. Как правило, тщательное клинико-психологическое исследование этих больных позволяет установить связь истерических нарушений с психогенными факторами и преморбидными особенностями личности, т. е. рассматривать их надо не просто как следствие нарушений церебральной нейродинамики органическим процессом, а как следствие более сложной психогении, которая выявляется лишь при глубоком изучении истории развития больного и формирования его отношений к окружающей действительности.

Приведем пример, иллюстрирующий сочетание органического заболевания головного мозга (базального арахноидита) и истерического невроза в форме невротического развития.

Больная Н., 22 лет, студентка. Поступила с жалобами на постоянную диффузную головную боль, периодические приступы более интенсивной головной боли, сопровождающиеся тошнотой и рвотой, расстройства походки, припадки, во время которых «всю трясет», возникают судороги рук и ног (сознания при этом не теряет), пониженное настроение, плохой сон.

Развитие в раннем детстве протекало удовлетворительно. В возрасте 11 лет перенесла гепатит с последующим рецидивом и через год — ревматическую атаку (повторная атака спустя 2 года). Больной себя считает с 19 лет, со времени появления головной боли. Расстройства походки с 20 лет, тогда же появились судорожные припадки. Больная неоднократно обследовалась в терапевтических и неврологических стационарах, где устанавливали диагнозы: тонзиллогенная инфекция, ревматический энцефалит, подозрение на опухоль дна III желудочка и др.

При объективном исследовании внутренних органов установлено: несколько приглушены тоны сердца, болезненность в правом подреберье, где пальпируется увеличенная на 1 см печень. АД 115/70 мм рт. ст. Заключение гинеколога: хроническое воспаление придатков матки вне обострения.

Неврологически: поражение VI пары черепных нервов с обеих сторон и VII пары справа. Непостоянный симптом Бабинского справа. Походка типа астазии-абазии. Иногда передвигается по отделению на четвереньках.

Психотических явлений нет. Повышенно эмотивна, эгоцентрична, замкнута, обидчива, скрывает свои переживания. Во время приступов головной боли лежит в кровати, стонет, обхватив голову руками. Поведение в этих случаях с элементами театральности, демонстративности. Никакие медикаментозные средства не влияют на интенсивность головной боли. Однако ее удается значительно уменьшить при активном отвлечении внимания больной (беседы с врачом, соседями по палате).

Данные лабораторного исследования: анализы крови и мочи без патологии. Формоловая и кадмиевая пробы отрицательные. Содержание билирубина в крови 0,024 г/л, уровень сахара в крови натощак 0,94 г/л. При рентгеноскопии органов грудной клетки патологии нет. Глазное дно нормальное. Рентгенограммы черепа без патологических изменений. В спинномозговой жидкости: цитоз 3 в 1 мкл, содержание белка 0,16 г/л.

С диагнозом «базальный аранхоидит, возможно, ревматической этиологии» больная была переведена в отделение неврозов, так как было очевидно, что декомпенсация ее определялась главным образом невротическим компонентом заболевания. Выяснение его патогенеза стало возможным лишь в результате тщательного изучения истории ее жизни и особенностей личностных отношений. Основные необходимые для этого сведения были получены (по мере установления хорошего контакта между врачом и больной) от нее, а также от ее родственников.

Бабушка больной отличалась рядом психопатических особенностей характера, которые в известной мере были присущи и матери больной, женщине властной, волевой, склонной к подавлению окружающих. Отец, наоборот, был человеком слабым, мягким, безвольным, во всем подчинявшимся жене. С детских лет больная была свидетелем конфликтов между бабушкой и матерью, матерью и отцом. Чрезмерно строгое, не всегда справедливое, подавляющее воспитание привело к возникновению у больной, с одной стороны, чувства малоценности, с другой — таких черт характера, как замкнутость, недоверие к людям, упрямство.

Брак родителей не был удачным во всех отношениях, и это определило в дальнейшем взгляды больной на взаимоотношения с противоположным полом и брак. После окончания школы больная начала работать воспитательницей в детском саду. Выбор профессии объяснила тем, что ей гораздо приятнее проводить время с детьми, чем со взрослыми с их «грязными отношениями». Несмотря на свой возраст и привлекательную внешность, больная до последнего времени всячески избегала каких бы то ни было отношений с мужчинами; говорила, что сама мысль о сексуальной близости ей «противна и неприятна» и что замуж поэтому она никогда не выйдет.

В декомпенсации больной значительную роль сыграли ее противоречивые отношения к матери (любовь и открытая враждебность), к отцу (сочетание любви и презрения к нему как к слабовольному человеку). Двойственным было отношение больной и к брату, к которому с детских лет мать относилась значительно лучше, чем к больной. Кроме того, в возрасте с 11 до 15 лет больная перенесла ряд тяжелых соматических заболеваний, также значительно ослабивших ее нервную систему. И все же она закончила школу, поступила работать в детский сад, а затем сдала экзамены в педагогический институт. В связи с появлением в этот период головной боли и органической симптоматики она начала обследоваться у терапевта и невропатолога сначала амбулаторно, а затем после получения академического отпуска и в стационарных условиях.

Резкое ухудшение в состоянии больной совпало с замечаниями

матери, что ничего серьезного у нее нет и она просто не хочет учиться. При этом больная вспомнила, что все ее болезни начались после того, как мать уехала на курсы усовершенствования, а ее отправила в другой город к бабушке. Больная знала о своеобразном «комплексе вины» у матери. Мать не раз говорила, что лучше бы она не поехала на курсы, а дочь осталась бы дома. Мысль «мать виновата в моем заболевании, и она же теперь меня упрекает» сыграла не последнюю роль в невротическом срыве. Именно в этот период у больной возникло расстройство походки и начались припадки с дрожанием и судорогами.

В декомпенсации больной несомненную роль сыграли и многократные обследования, различные диагнозы. Тесное переплетение органических и невротических симптомов в клинической картине создавало значительные диагностические трудности даже для опытных специалистов. Достаточно сказать, что расстройство походки и припадки вначале также рассматривались как имеющие органическую природу (атактические расстройства и эпилептические припадки).

Правильная диагностика помогает выбрать адекватные терапевтические воздействия. В то же время в случаях, подобных приведенному, психотерапия имеет существенное диагностическое значение.

НЕВРОЗ НАВЯЗЧИВЫХ СОСТОЯНИЙ

История становления клинических представлений о неврозе навязчивых состояний является примером, иллюстрирующим общую тенденцию к дифференциации невротических форм. Первой вехой на этом пути после блестящих исследований P. Janet (1911) было разграничение «навязчивого невроза» на психастению и собственно невроз навязчивых состояний [Kraepelin E., 1915]. S. Freud (1922) принадлежит дифференциация невроза навязчивости и невроза страха. Наконец, в МКБ-8 и МКБ-9 невроз навязчивых состояний представлен уже в виде двух форм — фобического и обсессивно-компульсивного неврозов.

Ранее уже подчеркивалась недостаточная оправданность этого последнего разграничения, по крайней мере при той степени изученности этиопатогенеза указанных форм, которая существует в настоящее время. Фобические и обсессивно-компульсивные проявления тесно взаимосвязаны в клинике невроза навязчивых состояний. Что же касается изолированных форм обсессивно-компульсивного синдрома, они, как правило, включаются в клиническую картину психопатий, эндогенных психозов и органических заболеваний головного мозга.

Спор о том, целесообразно ли выделять невроз навязчивых состояний или рассматривать в качестве третьей

основной формы неврозов психастению с характерными для нее обсессивными и фобическими проявлениями, обострившийся в связи с активным использованием данных патофизиологии высшей нервной деятельности для дальнейшей разработки учения о неврозах и, в частности, их классификации, в настоящее время практически прекратился. Большинство авторов рассматривают классические формы психастении в рамках психопатий и признают самостоятельность невроза навязчивых состояний [Асатиани Н. М., 1966; Липгарт Н. К., 1970, и др.]. Нечасто встречающиеся формы невротической (приобретенной) психастении вошли в МКБ-9 под шифром 300.82.

Ряд авторов указывают на возрастание роли фобических проявлений в структуре невроза навязчивости, а также на уже упоминавшиеся ранее изменения содержания навязчивостей, с чем согласуются и наши наблюдения. Хр. Христозов (1974) полагает, что это может объясняться в определенной степени повышением интеллектуального уровня людей в современном обществе, усложнением влияний внешней среды, возрастающим потоком информации. Последнее обстоятельство влияет на предметное содержание навязчивостей, которое, по его мнению и мнению многих других авторов, изменяется в соответствии с техническими, культурными и социальными условиями жизни.

Невроз навязчивых состояний встречается относительно реже, чем неврастения и истерия. Среди больных неврозом, находившихся в нашей клинике (2901 человек), эта форма установлена у 225 больных (7,8 %), среди которых были 124 женщины и 101 мужчина. Заболевание характеризуется тем, что навязчивыми симптомами (как правило, ярко выраженными фобиями) практически исчерпывается вся его клиническая картина и что именно навязчивые образования в таких случаях являются источником декомпенсации. При неврозе навязчивых состояний, как отмечает Н. К. Липгарт (1970), навязчивые явления представлены особенно четко. Объем сознания чаще не обнаруживает заметных изменений, степень критического отношения наиболее высока, а элементы борьбы наиболее выражены. Больные вне и даже во время повторных приступов нередко достаточно активны, собранны и стараются не обнаружить наличия у себя навязчивостей.

Из всего многообразия фобий в клиническую картину

невроза навязчивых состояний чаще включаются следующие: кардиофобия — навязчивый страх за состояние своего сердца; лиссофобия — навязчивый страх сумасшествия; оксифобия — навязчивая боязнь острых предметов; агорафобия — навязчивая боязнь открытых пространств (площадей, широких улиц и др.); клаустрофобия — навязчивая боязнь закрытых помещений; гипсофобия — навязчивый страх высоты; мизофобия — навязчивый страх загрязнения; эрейтофобия — навязчивый страх покраснения.

Если некоторые из фобий при неврозе навязчивых состояний встречаются преимущественно в изолированном виде (такие, как мизофобия, эрейтофобия), то другие выступают в различных сочетаниях, причем первично возникшая фобия приводит к развитию в динамике невротического состояния вторичных, третичных и т. д. навязчивых страхов. Так, например, кардиофобия обусловливает появление клаустрофобии, агорафобии или к первично возникшей лиссофобии присоединяется навязчивая боязнь острых предметов.

Более редкими, но весьма типичными клиническими симптомами невроза навязчивых состояний являются навязчивые мысли, воспоминания, сомнения, движения и действия, которые, помимо навязчивого компонента, характеризуются сознанием их болезненности и критическим к ним отношением.

Одной из весьма распространенных разновидностей навязчивых действий являются ритуалы. Ритуалы — это навязчивые движения и действия, которые всегда сопровождаются навязчивыми сомнениями, опасениями и страхами. Они производятся больными вопреки разуму для предупреждения мнимого несчастья и имеют защитный, охранительный характер. Обсессии могут встречаться в различных сочетаниях у одного и того же больного. Следует отметить, что в широкой клинической практике нередко отмечается сочетание фобий с обсессиями, т. е. речь идет о различных вариантах обсессивно-фобического или фобически-обсессивного синдрома.

Клиническая картина невроза навязчивых состояний не исчерпывается лишь обсессивно-фобическими проявлениями. В ней всегда представлены и общеневротические (или, как их часто называют, неврастенические) симптомы, к числу которых относятся повышенная раздражительность, утомляемость, трудность концентрации внимания, нарушения сна и др. Эти симптомы могут достигать

значительной степени интенсивности и выступать при неврозе навязчивых состояний как сопутствующий астенический синдром. Как правило, отмечается также снижение настроения в качестве личностной реакции, соответствующей тяжести навязчивых страхов.

При объективном исследовании больных неврозом навязчивых состояний органических изменений со стороны внутренних органов и нервной системы обычно не отмечается. Часто обнаруживаются признаки повышенной возбудимости нервной системы: оживление сухожильных рефлексов, дрожание пальцев вытянутых рук, повышение мышечной возбудимости. У многих больных, в особенности с выраженными фобиями, отмечаются вегетативные и вегетососудистые нарушения, характер которых в целом определяется содержанием фобического синдрома: разнообразные функциональные сердечно-сосудистые нарушения у больных с кардиофобией, инсультофобией; желудочно-кишечного тракта — у больных с канцерофобией (страхом возникновения опухоли желудка, кишечника и др.); выраженная потливость рук — у больных с навязчивым потением рук и др.

При неврозе навязчивых состояний в форме невротической реакции речь идет о фобиях (чаще кардиофобиях и др.), в основе которых обычно лежит переживание страха смерти. В случае постепенного развития невроза (форма невротического развития) навязчивый симптомокомплекс более сложный, нередко наряду с фобиями имеются навязчивые мысли и действия. У таких больных часто развиваются ритуалы. В то время как при острых формах относительно большее значение приобретает ситуационный фактор, при формах невротического развития его роль выступает менее отчетливо; в то же время большее значение имеют особенности личности больного и условия их формирования (см. главу 5).

Катамнестические исследования Р. А. Зачепицкого, Е. К. Яковлевой (1961), Н. Д. Лакосиной, Б. А. Целибеева (1961), А. С. Чудина (1968), Л. И. Кругловой (1972), Э. А. Карандашевой (1976), Н. М. Асатиани (1985) и многих других свидетельствуют о длительном, хроническом характере течения невроза навязчивости. По данным Л. И. Кругловой (1972), группы больных с навязчивыми состояниями политематического и монотематического содержания характеризовались по отношению ко всей выборке больных с затяжными формами неврозов (1733 человек) максимальными показателями хрониза-

ции. По всей этой группе экстенсивный показатель больных с давностью заболевания свыше 5 лет составил 65,8 %. О тяжести этих форм невроза говорят также показатели частоты их госпитализации в отделение неврозов: 45,9 % больных получили больничное лечение, в том числе 8,2 % — неоднократное.

Особенности течения невроза навязчивых состояний в отечественной литературе представлены прежде всего в работах Н. М. Асатиани (1974, 1985). Она выделяет три типа его течения: первый — однократный приступ болезни, который может длиться неделями или годами; второй характеризуется рецидивами болезни, чередующимися с периодами полного здоровья; при третьем типе наблюдается непрерывное течение невроза с периодическим усилением симптоматики.

Н. М. Асатиани указывает также на три стадии в течении этого невроза, отражающих тяжесть заболевания и имеющих значение для оценки поступательного и обратного развития клинической его картины. Первую стадию характеризуют навязчивые страхи, которые возникают лишь под непосредственным влиянием травмирующего раздражителя; во второй стадии навязчивые страхи возникают также в случаях одного лишь ожидания встречи с травмирующей ситуацией; для третьей стадии типично возникновение навязчивостей даже под влиянием одних лишь навязчивых представлений о возможной встрече с травмирующими обстоятельствами.

Отмечается также характерное изменение мер защиты, используемых больными для борьбы с навязчивостями. В начальном периоде это может быть только логическое самопереубеждение или мысленный уход от навязчивых страхов. В дальнейшем, при более тяжелом неврозе, больные стремятся избегать встреч с травмирующими моментами, вовлекают в свои защитные действия нередко и близких. Особенно тяжело протекает заболевание в тех случаях, когда начало невроза приходится на периоды детства, отрочества, юности, второй период зрелости и инволюции (36—65 лет). К признакам, указывающим на утяжеление невроза навязчивости, Н. М. Асатиани относит появление в картине заболевания навязчивых сомнений и навязчивостей по контрасту.

Н. К. Липгарт (1970) также указывает на две возможные формы борьбы больных неврозом навязчивости — активную и пассивную. При первой, которая встре-

чается относительно реже и в самом начале заболевания, больной направляет все внимание и все свои силы на устранение навязчивого симптомокомплекса, делая все вопреки ему. При пассивной борьбе больной переключает внимание, предотвращает реализацию навязчивости или вырабатывает меры защиты — ритуалы.

Большой интерес представляют результаты катамнестических исследований больных неврозом навязчивых состояний, представленные в работе А. С. Чудина (1968). Он обследовал лиц в возрасте 55—82 лет при давности катамнеза от 10 до 56 лет. В преморбиде у обследованных больных патологических черт характера не отмечено. Невроз развивался остро либо подостро. В первом случае навязчивые явления сочетались с астеническими симптомами. В процессе развития заболевания у пациентов появлялись черты тревожности, мнительности, неуверенности в себе. На высоте болезни навязчивый страх сопровождался выраженными вегетативными компонентами. У части больных (при остром начале заболевания) наступило выздоровление; постепенно исчезали астения и аффективные нарушения. Однако страхи могли обостряться в случаях жизненных неудач и трудностей. В дальнейшем приступы становились реже и прекращались. У другой группы больных более стойко сохранялись черты тревожной мнительности, навязчивости повторялись, а структура их усложнялась, в части случаев появлялись навязчивые сомнения. Обратная динамика также наблюдалась в каждом приступе, но выздоровления не наступало. Иногда нарастающие навязчивые сомнения, неуверенность в правильности своих действий, тревожная мнительность резко усиливались и лишали больных возможности заниматься своими повседневными делами. В периоде инволюции обострения навязчивых страхов были особенно частыми. Фабула страха могла изменяться: вместо кардиофобии возникала канцерофобия, хотя частично сохранялся страх и прежнего содержания. Этим определялся, в частности, полиморфизм навязчивых явлений. Таким образом, у этих больных наблюдалось волнообразное течение невроза с периодическими, обычно психогенно обусловленными обострениями.

Характерным для невроза навязчивых состояний изменением личности является возникновение тревожно-мнительных черт, что объясняет сближение больных неврозом навязчивости с лицами, страдающими психастенией. Больные в той или иной мере становятся тревожными,

мнительными, ипохондричными, склонными к депрессивным реакциям. Однако, как подчеркивают многие авторы [Липгарт Н. К., 1970; Асатиани Н. М., 1974, и др.], указанные изменения личности чаще всего носят динамичный характер и под влиянием психотерапии в случаях уменьшения навязчивых переживаний могут существенно ослабевать или даже исчезать.

Приводим наблюдение, иллюстрирующее особенности клинических проявлений невроза навязчивых состояний.

Больной Б., 21 года, при поступлении высказывал жалобы на страх покраснения, напряженность в присутствии посторонних людей, общую слабость, снижение работоспособности.

Родился в семье служащего, был единственным ребенком. Беременность у матери и роды протекали нормально. В раннем детстве развивался без особенностей. Отец больного отличался повышенной раздражительностью, неуверенностью в себе, чрезмерной аккуратностью и пассивностью. Мать была более активной, уравновешенной, заботливой, фактически являлась лидером семьи.

Больной до трехлетнего возраста рос под присмотром бабушки, был спокойным и чрезмерно упитанным. После смерти бабушки стал посещать детский сад, к которому привыкал медленно и с большим трудом. «Там я считался хорошим мальчиком, ставился другим в пример, был очень послушным не столько из-за уважения к воспитателям, сколько из-за страха перед наказанием за возможное непослушание». В дошкольном возрасте перенес корь, скарлатину, инфекционный паротит, ветряную оспу. В школу пошел с 7 лет, учился отлично потому, что был хорошо подготовлен, отчасти из-за повышенного внимания отца к отметкам сына и еще из-за желания избежать возможных насмешек со стороны сверстников, так как оставался полным и неуклюжим. В эти годы был привязан к матери, охотно помогал ей по хозяйству, научился готовить, шить, стирать, однако не приобрел никаких мужских навыков, так как отец фактически воспитанием сына не занимался, ограничив свой интерес к нему проверкой домашних заданий.

В начальных классах имел друзей, любил их общество, чувствовал себя с ними на равных, благодаря отличным успехам в глубине души испытывал даже некоторое превосходство над товарищами. Постепенно, по мере того как взрослел, начал замечать, что они не так послушны, как он, могут позволить себе не выполнить всех требований, предъявляемых к ним в школе и дома. Стал стесняться своих «женских» обязанностей, просил родителей освободить его от них, но, встретив с их стороны непонимание, обиделся («все во мне протестовало, но родителям пришлось подчиниться»). Чтобы избежать насмешек, перестал приглашать товарищей в гости, а себя стал «презирать за безволие». Старался еще лучше учиться, занялся радиоделом.

В пубертатном периоде, с появлением поллюций и эпизодов мастурбации, неуверенность в себе возросла, а появление вегетативных реакций вызвало страх, что окружающие могут догадаться о его «пороке». «Необъяснимость этих явлений страшно меня угнетала, я ненавидел и презирал себя, но мне недоставало воли что-либо изменить». К этому времени семья больного получила квартиру в другой части города. Новых товарищей приобрести не сумел. Все это усиливало чувство одиночества, неуверенности в себе и тревоги. Пытаясь спра-

виться со своим недугом, записался в секцию гребли, «тренировался до изнеможения».

Постепенно почувствовал себя лучше. Успешно закончил среднюю школу, поступил на завод, совмещал работу с учебой. Перед окончанием института серьезно увлекся сокурсницей, возникла мысль о женитьбе. Вместе с тем появился страх о возможной сексуальной несостоятельности, неполноценности, о том, что его избранница, а с нею и другие могут догадаться о его «пороке». При встречах с нею краснел, покрывался потом, испытывал напряжение. Объяснить ей свое состояние не решался. Все эти проявления считал «пагубными», неисправимыми последствиями мастурбации, а себя считал тяжелобольным и неполноценным человеком. «Меня страшила мысль о том, что мне, человеку, имеющему столько дефектов, придется руководить людьми, которые во всех отношениях лучше меня. Причиной этого я считал свой характер». Решив самостоятельно справиться с болезненным состоянием, начал читать медицинскую литературу, и «чем больше читал, тем сильнее мучил страх». Стал бояться появляться в обществе, поскольку к этому времени сама мысль о покраснении «вызывала прилив крови к лицу», «дрожали руки, мысли путались, покрывался испариной». Борьба с болезнью отнимала все силы, стало трудно заниматься. В этот период для сохранения способности «непринужденно держаться в обществе, правильно излагать свои мысли, уметь постоять за себя и других» начал эпизодически прибегать к приему спиртных напитков. Это помогло ненадолго, поэтому больной вначале обратился за помощью в психоневрологический диспансер по месту жительства, а затем ввиду неэффективности амбулаторного лечения был направлен в отделение неврозов.

При объективном исследовании: внутренние органы и нервная система без органической патологии. Отмечена выраженная вегетососудистая лабильность (неустойчивость пульса и артериального давления, стойкий красный дермографизм, дистальный гипергидроз).

Психический статус: сознание ясное, ориентирован правильно, обманов восприятия и бредовых идей не выявляется. Интеллектуально-мнестические функции без заметных нарушений. Держится напряженно, скованно. Общий фон настроения несколько снижен, без суточных колебаний и соматических признаков эндогенной депрессии. Легко краснеет, смущается. Фиксирован на страхе покраснения в присутствии посторонних, на проявлениях вегетативных реакций, при ощущении которых усиливается скованность. Из-за этого чувствует себя неполноценным, старается избегать ситуаций, в которых мог бы оказаться в центре внимания. Отдает себе отчет в нелепости своих переживаний, но справиться с ними не может. Положительно настроен к психотерапии, хотя и не уверен в успехе лечения.

При лабораторных исследованиях (рентгенография черепа, ЭЭГ и др.) данных об органической патологии центральной нервной системы не получено. В клинических проявлениях болезни основным, как следует из изложенного выше, является эрейтофобия — страх покраснения в обществе, сопровождающийся напряжением, тревогой и вегетативными реакциями.

В начале пребывания в отделении чувствовал себя беспокойно, избегал общения с больными, особенно с женщинами, старался приходить в столовую позднее всех, не посещал вечеров, на собраниях садился в последнем ряду.

Под влиянием комплексного лечения, включающего в качестве основного метода личностно-ориентированную (реконструктивную) психотерапию, состояние больного значительно улучшилось. После выписки ус-

пешно закончил институт, остался работать на том же заводе. В течение первого года периодически посещал врача. Через 3 года женился. Считает себя практически здоровым.

На примере приведенного наблюдения видно, что в возникновении социофобических расстройств невротического характера существенную роль сыграли особенности становления личности больного в семье, которые прежде всего привели к недостаточному развитию в его характере таких качеств, как уверенность в себе, смелость, твердость, решительность. Позже, особенно в пубертатном возрасте, больной стал осознавать «неполноценность» своего характера, неспособность к свободному общению с окружающими и прежде всего с лицами противоположного пола. Психологический конфликт еще больше обострился в период увлечения однокурсницей. Именно в это время у него возникли уже явные невротические симптомы (страх, боязнь оказаться сексуально несостоятельным, внутреннее напряжение, покраснение лица и др.). Попытки самостоятельно справиться со все более овладевавшими им болезненными переживаниями (занятие спортом, чтение медицинской литературы и др.) заметно не улучшили состояния больного. Этого удалось достигнуть лишь в условиях специализированного стационара.

Проведение дифференциальной диагностики невроза навязчивых состояний с другими формами неврозов требует учета клинической картины этого заболевания, а также двух других критериев — особенностей личности и специфики патогенной ситуации.

Указанные критерии, составляющие суть позитивной диагностики неврозов, весьма существенны при отграничении невроза навязчивых состояний от других заболеваний, в клинической картине которых обсессивно-фобическая симптоматика может быть значительно выраженной (психопатии, циклотимия, неврозоподобная шизофрения, органические заболевания головного мозга и др.).

Ряд авторов описывают фобические расстройства при диэнцефальной патологии. Фобии у больных с неврозоподобной формой инфекционного диэнцефалита обычно обусловлены сопутствующей психогенией. Разумеется, это не относится к состоянию страха вообще, который нередко бывает при диэнцефалитах. Чаще всего наблюдается безотчетный неопределенный страх, возникающий во время диэнцефальных кризов.

Большие трудности нередко возникают при дифференциальной диагностике между неврозом навязчивых состояний и ранним периодом медленно развивающейся шизофрении. Больные вялотекущей шизофренией (неврозоподобной, псевдоневротической, латентной, мягкой и др.), как показывают эпидемиологические исследования, составляют значительную группу среди всех больных шизофренией [Жариков Н. М. и др., 1973; Шмаонова Л. М., и др., 1980].

По данным В. М. Воловика (1975), невротические и психопатоподобные проявления в начальном периоде вялотекущей шизофрении установлены у 72,8 % (из 287 больных, принятых на учет диспансерами Ленинграда), а среди 434 больных, обследованных лично автором, в начале заболевания указанные расстройства отмечены в 92,4 % случаев.

Продромальный период характеризовался астеническими, невротическими, психопатоподобными, аффективными нарушениями и нейровегетативными расстройствами, отражающими срыв наиболее общих механизмов компенсации и не заключающими в себе ничего специфического. Особенно трудными в дифференциально-диагностическом плане, по данным автора, были случаи малопрогредиентной вялотекущей шизофрении, когда на протяжении длительного времени в клинической картине не появлялись «сквозные» симптомы.

Д. С. Озерецковский (1970), Р. А. Наджаров (1972), А. Б. Смулевич (1987) вариант вялотекущей шизофрении с ведущими в клинической картине навязчивыми расстройствами считают весьма характерным для этого заболевания.

В качестве иллюстрации приводим наблюдение.

Больной Р., 27 лет. Всегда был замкнутым, не испытывал потребности в общении с людьми. В 1959 г. в связи с актуальной психогенией возник страх загрязнения. В нашем отделении был диагностирован невроз навязчивых состояний, применялась психотерапия с хорошим результатом. Окончил школу и институт. Чувствовал себя здоровым, однако, начав самостоятельную работу, стал испытывать трудности в общении с окружающими, особенно с женщинами. Появилась неуверенность в себе. Стало казаться, что он выглядит неловким, неправильно строит фразы, что его не понимают; снизилось настроение, потерял интерес к работе. Предпринял «эксперименты», в результате которых пришел к выводу о своей «некоммуникабельности», сформулировал собственную концепцию болезни, углубился в философию. В связи с прогрессирующим снижением работоспособности обратился в психоневрологический диспансер. Психотерапия в сочетании с транквилизаторами оказалась неэффективной. Оставил работу.

Трижды в течение 2 лет поступал в дневной стационар института. В результате применения системы лечебно-приспособительных мероприятий, включающих назначение небольших доз нейролептиков, удалось корригировать его установки и поведение. Вернулся к трудовой деятельности, но состояние оставалось неустойчивым.

Диагноз вялотекущей шизофрении в этом наблюдении, в котором заболевание началось клинически очерченной картиной невроза, не вызывает сомнений. Вместе с тем видоизменению симптоматики предшествовала ремиссия, возникшая в связи с курсом психотерапии и продолжавшаяся в течение 7 лет.

На основании многолетних наблюдений инициального периода шизофрении В. М. Воловик отмечает, что ни начало заболевания в связи с актуальной психогенией, ни возникновение стойких реакций при проведении психотерапии и под влиянием ситуационных моментов не могут использоваться в качестве критериев, дающих основание исключить шизофрению. Имеющиеся здесь трудности в значительной мере обусловлены патоморфозом психических заболеваний, возрастанием роли психологических факторов в патопластике, оформлении психопатологических расстройств в инициальном периоде процессуального заболевания, особенно при вялом его течении в силу большей сохранности личности.

На основании клинико-психопатологического и клинико-анамнестического исследования 115 больных с вялотекущей неврозоподобной шизофренией Ю. И. Полищук (1986, 1988) приходит к выводу, что альтернативная постановка вопроса — невроз или эндогенный процесс — является неверной. Анализ показал, что фобии, навязчивые и другие расстройства в этих случаях являются преимущественно психогенно обусловленными. Однако их развитие и атипичные нередко проявления опосредованы патологически измененной церебральной почвой в результате малопрогредиентного эндогенного процесса. Только такое понимание этой объективно сложной проблемы, отмечает автор, предполагает более перспективное сочетание в лечении данных контингентов больных психотерапии и психотропных средств.

Сложные взаимосвязи психо- и биодинамики в клинической картине шизофрении, создающие трудности для дифференциальной диагностики ее с неврозами в инициальном периоде, иллюстрирует следующее наблюдение, касающееся больной, первоначально направленной в отделение неврозов.

Больная М., 26 лет, учащаяся. Поступила с диагнозом: невроз навязчивых состояний. Высказывала жалобы на навязчивые мысли о своей малоценности, навязчивые воспоминания, а также жаловалась на общую слабость, головную боль, бессонницу, снижение памяти, рассеянность, апатию, безразличное отношение к окружающему. Больна 7 мес, заболевание связывает с перенапряжением во время экзаменов, упорной бессонницей, развившейся в этот период, и рядом личных переживаний.

Родилась здоровой, наследственность не отягощена. Семья спокойная, дружная, больная была в семье вторым ребенком. В детстве перенесла ветряную оспу, краснуху, в период блокады Ленинграда — дистрофию. Менструации с 14 лет. По окончании школы поступила в библиотечный институт. По характеру всегда была «нервной», несколько тревожной, неуверенной в себе. В школе переживала каждую отметку, все казалось, что она ничего не знает и не помнит, не сможет перейти в следующий класс и т. д. Перед экзаменами переживания всегда усиливались: волновалась, что не успеет подготовиться, плакала, не спала по ночам. Училась с большим упорством, все «зубрила», «брала памятью». Такое напряжение ее крайне истощало, и обычно после экзаменов развивалась упорная бессонница. В то же время больная очень любила компанию подруг, в обществе была веселой, остроумной, несколько даже экспансивной, с людьми легко сближалась и делилась своими переживаниями. Незамужняя, половой жизнью не жила.

Объективно: пониженного питания, отмечается бледность кожных покровов. Внутренние органы без существенных отклонений от нормы. Симптомов органического поражения нервной системы не выявлено, наблюдались лишь вазомоторная лабильность, гипергидроз, небольшой тремор век и пальцев рук.

Психическое состояние: в начале пребывания в отделении сознание ясное, бреда и галлюцинаций не отмечается, очень эмотивна, инфантильна. Поведение несколько шумное, болтлива, персоналу охотно рассказывает о своих переживаниях и ощущениях. Часто обращается к врачу, просит о помощи, но все высказывания сводятся к ее личным переживаниям — неудачному увлечению одним юношей во время ее пребывания в доме отдыха. При ассоциативном эксперименте с записью КГР отмечались более выраженные кожно-гальванические реакции на словесные раздражители, относящиеся к психотравмирующим переживаниям.

Описанное выше психическое состояние больной на следующем этапе пребывания ее в отделении стало меняться. Временами возникали состояния беспокойства и тревоги, начинала плакать, ей казалось, что о ней говорят, смеются над ее состоянием. Нарастала тревога, несколько потускнели, а порой и совсем исчезали имевшиеся ранее навязчивые мысли. Вместе с тем стала высказывать идеи, что ей «навязывают» разные мысли, а также появились жалобы на своеобразные ощущения в области гениталий. Об этом она говорила без какого-либо стыда и не только врачу, но и медицинским сестрам и даже больным. Постепенно стала выявляться все большая обнаженность и вычурность мышления. Плохо формулировала свои мысли, усилились идеи отношения и галлюцинации общего чувства. Диагноз шизофрении не вызывал сомнений, и больная в дальнейшем продолжала лечение в психиатрическом отделении.

Нужно отметить, что заболеванию М. предшествовали сложные личные переживания, с которыми она

связывала появление в начале болезни навязчивых состояний. Во время пребывания в доме отдыха она впервые увлеклась находившимся там же студентом, который вначале оказывал ей некоторое внимание. В кругу девушек больная, считая себя некрасивой и не желая показать окружающим свою заинтересованность этим очень красивым юношей, старалась держаться с ним равнодушно, небрежно. Заметив это, он сразу же перестал обращать на нее внимание, а в Ленинграде, когда она сама пришла к нему, он встретил ее очень холодно, наговорил много колкостей, упрекнув в том, что, встречаясь с ним в доме отдыха, она говорила о нем гадости. Больная была очень смущена, пыталась оправдаться, говорила, что это была лишь шутка, поскольку она так о нем не думала. Расстались они «как чужие», больная ушла удрученной, и с этого момента у нее начались тяжелые переживания, связанные с потерей его дружбы и чувством вины из-за своего неправильного поведения. Поглощенная этими мыслями, не могла заниматься, все перестало ее интересовать. Вначале, по ее словам, ей было приятно думать о нем, позднее эти мысли сами стали возникать в голове, и она уже не могла с ними бороться. После того как она поделилась своими мыслями с подругами и те посоветовали ей выйти замуж, ее стали мучить мысли о том, что она своими рассказами опошлила свое отношение к этому юноше. Больная перестала спать, готовиться к занятиям, ходить на семинары.

Можно считать, что в результате указанных переживаний и таких факторов, как нервное перенапряжение перед экзаменами и длительное расстройство сна, у больной развилось невротическое состояние с навязчивыми образованиями, характер которых стал постепенно меняться в связи с началом основного заболевания — шизофрении.

В подобных случаях патогенетический анализ часто позволяет установить содержательный смысл навязчивых явлений, что особенно характерно для невроза и что, естественно, затрудняет проведение дифференциальной диагностики. Однако шизофренический процесс, постепенно изменяющий личность, накладывает свой отпечаток на внешние проявления навязчивостей и на отношение к ним больного. Данные тщательно проведенного психопатологического анализа (а не сам факт установления психологически понятных связей) являются в таких случаях основой для правильной диагностики.

ЧАСТЬ II. ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ НЕВРОЗОВ

Глава 5. ЭТИОЛОГИЯ НЕВРОЗОВ

Полифакторная этиология неврозов. Если исходить из понимания неврозов как психогенных заболеваний, в формировании которых диалектически взаимодействуют биологические, психологические и социальные механизмы, то естественно рассмотреть в данной главе основные группы этиологических факторов. В настоящее время в мировой литературе концепция полифакторной этиологии неврозов получает все большее признание, хотя существуют еще теории, придающие исключительное значение в этиологии неврозов либо наследственно-конституциональным, либо средовым воздействиям. Продолжают сохраняться существенные различия в оценке содержания и роли отдельных этиологических факторов и так называемых этиологических условий. Например, при общем признании важности родительской семьи в этиологии неврозов в психоаналитической и экзистенциально ориентированной литературе наблюдается тенденция переоценки этого фактора. Другими авторами абсолютизируется роль наследственно-конституциональных моментов, а неврозы рассматриваются как почти целиком закодированный генетический потенциал. Значительные различия существуют при оценке роли психических травм (в том числе сексуальных) в детские годы, соотношения невротических проявлений в детстве и неврозов у взрослых и др.

Разработка в нашей стране общих теоретико-методологических аспектов этиологии болезней, в том числе нервно-психических и специально-психогенных [Мясищев В. Н., 1960; Давыдовский И. В., Снежневский А. В., 1965; Жариков Н. М., 1984; Кабанов М. М., 1985; Ушаков Г. К., 1987; Морозов Г. В., Иваницкий А. М., 1988, и др.], направленная прежде всего на преодоление механистического монокаузализма, «линейного» понимания этиологии, применительно к учению о неврозах значительно опережает осуществление широких социально-психологических и генетических их исследований.

Необходимо подчеркнуть трудность получения данных, касающихся роли того или иного этиологического фактора при неврозах. Хотя психотравматизация — ведущая причина невроза, ее патогенное значение определяется сложнейшими взаимоотношениями с множеством других предрасполагающих условий (генетически обусловленная «почва» и «приобретенное предрасположение»), являющихся результатом всей жизни человека, истории формирования его организма и личности. Учет же всех врожденных и прижизненных обстоятельств, получение валидных данных, требующих сравнения с аналогичными характеристиками в популяции здоровых, чрезвычайно затруднены. Отсюда множество основанных лишь на интуитивном опыте, не всегда подтверждаемых фактическими данными предположений, касающихся значения тех или иных этиологических моментов при неврозах, даже, казалось бы, таких легко определяемых, как пол и возраст. Поскольку в происхождении невроза у конкретного больного соотношение этиологических факторов (как по числу, так и по относительной роли), присущее именно данному индивиду, характеризуется часто неповторимым своеобразием, то усреднение этиологических показателей приводит нередко к противоречивым результатам. Нужно также иметь в виду, что обследования проводятся на группах больных с различными стадиями и формами неврозов, амбулаторных и госпитализированных, проживающих в различных условиях и т. д.

Вместе с тем приводимый ниже материал, содержащий анализ литературных сведений и собственных данных, представляется важным при всех отмеченных недочетах, так как только на этом уровне конкретизации роли различных этиологических факторов и условий возможна дальнейшая направленная разработка этиологии, патогенеза, терапевтических воздействий и профилактики при неврозах.

ЭТИОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ БИОЛОГИЧЕСКОЙ ПРИРОДЫ

Наследственность и конституция. Указанной проблеме посвящена многочисленная литература. Из опубликованных данных целесообразно привести здесь лишь те, которые относятся к следующим ее аспектам: 1) частота нервно-психических заболеваний у родственников больных неврозами (устанавливаемая методом изучения семей);

2) исследования генетики неврозов с помощью близнецового метода; 3) наследование основных процессов высшей нервной деятельности и других нейрофизиологических характеристик; 4) особенности конституции (телосложения) у больных неврозами.

Частота нервно-психических заболеваний у родственников больных неврозами. В большинстве работ обследовались лишь родители и сибсы — братья и сестры, т. е. родственники I—II степени. Применительно к больным неврозами в целом В. Н. Мясищев и Б. Д. Карвасарский (1967), Г. Г. Вульферт (1969) — по отношению к истерии, Н. М. Асатиани (1966), Э. А. Карандашева (1976) — в случае обсессивного невроза сообщают об отсутствии более высокой частоты заболеваемости эндогенными психозами сравнительно с общим населением. Однако существуют и противоположные данные. Ряд авторов указывают, что у родственников больных с обсессивно-фобическим синдромом психозы встречаются чаще. В тех работах, в которых не проводилась нозологическая и синдромологическая дифференциация форм невроза и в общую группу включались больные с депрессивными состояниями предположительно невротического генеза, а также с расстройствами характера, чаще диагностировалась шизофрения у родителей, сестер и братьев больных [Ernst K., 1965].

Н. М. Асатиани (1974) при изучении наследственной отягощенности у 100 больных неврозом навязчивых состояний отметила, что у 21 больного родители были носителями психопатических черт характера (тревожная мнительность, повышенная эмотивность и др.).

Работы, посвященные наследственной отягощенности невротическими заболеваниями, еще труднее суммировать, так как сопоставимы могут быть только те исследования, в которых для постановки диагноза невроза у родственников использовались те же критерии, что и у самого больного. В большинстве работ отмечается, что заболеваемость неврозами у родственников I степени выше только для той же формы — истерии [Вульферт Г. Г., 1969], фобического синдрома [Kringlen E., 1965], невротической депрессии [Stenstedt A., 1966]. Указано на возможность искажения результатов вследствие «оптического обмана», т. е. большей склонности исследователей находить ту же форму невроза у родственников, что и у самого больного [Ernst K., 1968].

В 40-х годах появились первые работы E. Slater, который с конца 30-х годов занимался генетикой неврозов (цит. по G. D. Miner, 1973). E. Slater изучил данные, касающиеся 2000 солдат, и показал, что 50 % из 55 % больных, у которых был диагностирован невроз, имели наследственную отягощенность нервно-психическими заболеваниями (родители, сиблинги). Из этого факта он вывел гипотезу, что общая предрасположенность к неврозу вела к появлению невротических симптомов в условиях, когда больной подвергался стрессу. Он предположил, что эта «конституциональная тенденция» к неврозу была по меньшей мере частично результатом действия генетических факторов.

F. W. Brown (1942) исследовал наследственную отягощенность у больных с тремя формами неврозов: истерией, неврозом навязчивости и неврозом тревоги. Наследственная отягощенность изучалась у родственников I—II степени 104 больных неврозами. Контрольная группа включала 31 здорового, причем группы статистически не различались по полу и возрасту. Данные F. W. Brown показали значительно большее число невротических состояний разного типа у родителей и сиблингов больных по сравнению с родственниками лиц контрольной группы. Частота всех психических расстройств у родственников I степени больных неврозами навязчивости и тревоги была примерно равной (43 и 40 % соответственно), в группе истерии — 35 %. Среди больных истерией у большинства имелись родственники с подобным заболеванием, то же относилось и к больным неврозом навязчивости. Эти данные показали, что «невротические условия» имеют тенденцию «воспитывать невротиков» (около 15 % — невроз тревоги, около 7 % — невроз навязчивости и истерический невроз). Автор не нашел достоверных различий в частоте неврозов в зависимости от того, кто невротик — отец или мать. Во втором поколении частота невротических отклонений была значительно меньшей и практически не отличалась от контрольной группы.

В ряде других работ указано также на роль наследственной отягощенности той формой невроза, которой страдал пациент.

Основываясь на ряде исследований, E. Slater (1964) пришел к заключению, что из всех невротических форм и синдромов наибольшие доказательства генетической предрасположенности имеются при обсессивном неврозе.

В этом плане представляют интерес наблюдения С. Н. Давиденкова (1963). Он описал семью, в которой пробанд страдал страхом покраснения, страхом вспотеть и тиком.

Сестра матери страдала навязчивым страхом вспотеть, одна из ее дочерей — страхом покраснения, а сестра больного — страхом разрыва сердца. В другой семье пробанд страдал страхом узкого пространства, одиночества и толпы, брат его — навязчивым страхом не произнести в нужный момент какое-либо слово, а мать их — страхом открытого пространства, вследствие которого она в течение многих лет не выходила из дома без провожатого. Автор отмечает, что конкретное содержание обсессий, фобий, в таких семьях может меняться, общий же фон их остается одинаковым. Объяснить подобные случаи механизмами подражания невозможно, так как не всегда члены семей даже знают о навротических расстройствах друг друга.

Вместе с тем H. R. Beech (1974), рассматривая более поздние работы, считает, что достаточных оснований для заключения о генетической предрасположенности к обсессивному неврозу нет.

Цифры о наследственной отягощенности нервно-психическими заболеваниями у больных неврастенией широко варьируют. A. Kreindler (1963) отметил наследственную отягощенность нервно-психическими заболеваниями лишь у 3 % всех обследованных больных. У другой группы больных из 376 человек эта цифра была выше — 6,8 %.

А. П. Федоров (1977) представил материалы изучения различных этиологических факторов, в том числе наследственности, у больных с тремя основными формами неврозов, лечившихся в нашей клинике. Исследовались родственники I—II степени 156 больных неврозами (неврастенией — 63, истерией — 71 и неврозом навязчивых состояний — 22 человека). По степени наследственной отягощенности психозами, органическими заболеваниями головного мозга, психопатиями и алкоголизмом отсутствовали достоверные различия между формами неврозов. Относительно большие цифры получены по наследственной отягощенности психопатиями (14 % у больных неврозом навязчивых состояний, 13 % — истерией и 10 % — неврастенией) и алкоголизмом (соответственно 23; 15 и 19 %). Автор пришел к выводу о примерно одинаковом генетическом вкладе наследственной отягощенности

нервно-психическими заболеваниями в происхождении каждой из трех основных форм неврозов.

Данные о роли генетических факторов при неврозах в настоящее время трудны для интерпретации. В модели, предложенной E. Slater, Y. Cowie (1971), генетический «вклад» в заболевание неврозом может осуществляться на двух уровнях. Во-первых, предрасполагая к развитию различных черт личности и независимо от этого; во-вторых, предрасполагая к избирательной непереносимости определенных стрессов с образованием специфичных симптомов. Но поскольку черты личности имеют разную степень связи с невротическими проявлениями, потенциальное взаимодействие их становится весьма сложным, и при попытках измерить генетический «вклад» в случаях неврозов должны учитываться эти весьма разнообразные потенциальные связи. Данные генетических работ на млекопитающих (селективные бридинговые эксперименты) показывают, что эмоциональные характеристики, аналогичные тревоге человека, зависят от множественных генетических факторов и необходимы еще более сложные модели для интерпретации полученных результатов.

Исследования генетики неврозов с помощью близнецового метода. Для того чтобы выявить чистый генетический «вклад» — влияние полигенных факторов в развитии неврозов, необходимо исключить роль окружения. Единственно надежным и достоверным путем установления роли только генетических факторов в данный момент является изучение степени конкордантности у близнецов. Однако к настоящему времени, несмотря на кропотливую работу по собиранию фактов, имеется лишь несколько опубликованных работ о близнецах с обсессивным, фобическим и истерическим неврозами, у которых надежно определялись как зиготность, так и диагноз [Woodruff R., Pitts F. N., 1964; Parker N., 1964; Marks I. M. et al., 1969]. Ни одно из этих исследований не исключает роли семейного окружения. Поэтому имеющаяся информация пока еще недостаточна для обобщения.

Slater E., Shields J., (1969), J. Shields (1973) приводят данные, полученные на 62 парах монозиготных и 84 парах дизиготных близнецов. Конкордантность по неврозам для монозиготных близнецов равнялась 45 %, а для дизиготных — 23 % (различия по конкордантности статистически достоверны). Из этой работы следовало

также, что почти половина монозиготных близнецов с диагнозом невроза тревоги имели коблизнецов с таким же диагнозом. Это был тот случай, когда неврозы другого типа не встречались. Для других форм эти цифры были значительно ниже.

Как отмечает в своем обзоре G. D. Miner (1973), при объединении данных 6 авторов, изучавших этот вопрос, конкордантность у монозиготных близнецов оказалась равной 52 % (141 пара) и в 2,3 раза превышала таковую у дизиготных близнецов (23 %, 173 пары); полученные различия в высокой степени статистически достоверны.

На необходимость учитывать клинические особенности невроза и пол больных при использовании близнецового метода указывает S. Torgersen (1983). Чем тяжелее невроз у пробанда (лечение в больнице или в амбулатории), тем выше величины конкордантности у монозиготных близнецов и тем больше разрыв в конкордантности между монозиготными и дизиготными близнецами. Для стационарных форм неврозов конкордантность монозиготных близнецов составила 71,4 %, дизиготных — 33,3 %, а отношение между ними — 2,1 — статистически достоверно. У мужчин эти показатели были выше, чем у женщин.

Определенный интерес для генетики неврозов представляет ряд косвенных данных, полученных с помощью близнецового метода. При исследовании взрослых близнецов J. Shields (1962) использовал опросник, который включал шкалу нейротизма. Показатели нейротизма были ближе у монозиготных близнецов, чем у дизиготных. Различие между дизиготными близнецами было больше, чем между монозиготными, которые воспитывались вместе и раздельно. Это трудно объяснить только действием окружения; результаты могут свидетельствовать о роли в передаче нейротизма также и генетических факторов.

H. J. Eysenck, D. B. Prell (1951) обследовали 25 пар монозиготных и 25 пар дизиготных близнецов, выбранных случайно при осмотре школ для однополых близнецов в Лондоне. Обследуемым дали 17 тестов. При помощи компьютера был выделен невротический фактор. Полученные данные свидетельствовали в пользу большего генетического «вклада» в степень выраженности этого фактора у монозиготных близнецов. Показатель зависимости фенотипа от генотипа был равен 0,81.

В работе I. I. Gottesmann (1962), выполненной на 34 парах монозиготных и дизиготных близнецов, приведены

результаты обследования их с помощью большого набора методик, куда входили, в частности, опросник личности Кэттела, MMPI и др. Применив ряд статистических процедур, автор пришел к ориентировочной оценке важности генетических факторов в кодах, связанных с невротическими состояниями. В малой степени генетическими факторами определяются ипохондрические и психосоматические, а также истерические конверсионные и депрессивные реакции, в средней степени — фобические и компульсивные, в высокой степени — шизоидные и тревожные реакции. Представляет интерес замечание автора, относящееся к психоаналитическим успехам S. Freud, связанным главным образом с лечением истерии.

Именно конверсионная истерия характеризовалась низким генетическим компонентом; следовательно, она в большей мере зависит от воздействий, идущих из окружающей среды, в том числе психотерапевтических.

Результаты J. P. Young и соавт. (1971), полученные при изучении нейротизма, экстраверсии и ряда других черт личности у 17 пар монозиготных и 15 дизиготных близнецов, позволяют считать, что генетические факторы имеют значение в наследовании нейротизма, экстраверсии, тревожности и истерических особенностей личности.

В значительной степени сходные данные получены Г. Н. Пивоваровой (1976), установившей, что корреляция показателей экстраверсии-интроверсии и нейротизма у монозиготных близнецов, значительно выше, чем у дизиготных.

Обобщив ряд работ, J. Shields (1973) утверждает, что полученные данные свидетельствуют о влиянии особой комбинации многих генетических факторов больного неврозом на форму его невроза гораздо в большей мере, чем на то, насколько серьезно он заболеет. Стрессы окружения являются, вероятно, главным, что способствует декомпенсации и развитию невроза, но какого типа невроз возникает — зависит от генотипа.

Дополнительные сведения по вопросам генетики неврозов содержатся в обзорной работе Б. И. Кочубея (1978) — первой в отечественной литературе по данной проблеме.

Этиологическое значение при неврозах типологических особенностей высшей нервной деятельности мы считали более целесообразным рассмотреть в следующей

главе при изложении нейродинамической концепции неврозов И. П. Павлова.

Наследование основных процессов высшей нервной деятельности и других нейрофизиологических характеристик. Вопрос о роли генетики в исследовании процессов высшей нервной деятельности, в том числе в условиях патологии при неврозах, как отмечает в своей статье Н. А. Крышова (1972), был поставлен И. П. Павловым сразу же после организации специальной клиники для изучения неврозов у человека. Особенности наследования основных процессов высшей нервной деятельности изучались как в физиологических лабораториях в Колтушах, так и на больных, для чего был приглашен С. Н. Давиденков.

В своей монографии по неврозам С. Н. Давиденков (1963), указывая на трудности, возникающие при изучении генетических компонентов типов нервной системы человека, подчеркивал, что они состоят из различных сочетаний основных нервных свойств, а последние оказываются к тому же весьма вариабельными по степени выраженности. Главную задачу он видел в выделении основных наиболее элементарных и далее уже не разлагаемых особенностей нервной системы, что представлялось ему непременным условием продуктивного изучения проблемы наследственного фактора при неврозах.

В. К. Федоровым (1966) было показано, что у животных инертность нервных процессов наследуется полимерно, по доминантному типу, подвижность нервных процессов — рецессивно. А. Ф. Дмитриевой (1968) при сравнительном обследовании 100 больных неврозами и здоровых родственников пациентов установлены большая частота инертности нервных процессов в семьях больных неврозами и доминантный характер ее передачи.

С помощью близнецового метода исследовалась наследственная детерминированность ряда процессов и системных функций нервной системы [Анненков Н. И., 1969; Михеев В. Ф., 1971].

В связи с проблемой патогенеза неврозов представляют интерес данные, демонстрирующие наследственную обусловленность параметров системной функции речи, корреляции ее с рядом вегетативных реакций, особенно при аффектогенных значениях слова, т. е. выявлена различная чувствительность к психогенным словесным воздействиям равных лиц.

В ряде исследований, выполненных под руководством Г. К. Ушакова (1972, 1975), приводятся ценные сведения, касающиеся генетических аспектов психофизиологических и нейрофизиологических параметров у человека. Т. Г. Хамаганова (1975) изучала генетические аспекты онтогенеза психофизиологических параметров формирования личности. Автором показано, что признаки фоновой ЭЭГ в большей степени по сравнению с другими определяются генетическими факторами и в онтогенезе являются более устойчивыми в отношении экзогенных воздействий, признаки же нейродинамики и ЭЭГ-реактивности в значительно меньшей степени определяются генетически и более подвержены внешнесредовым влияниям, чем параметры вегетативных функций. В работе Д. Н. Крылова, Т. П. Кулаковой (1975), выполненной на 320 моно- и дизиготных близнецах и 100 одиночно рожденных, получены данные о динамическом, подвижном характере взаимосвязи наследственных и средовых влияний, характерном чередовании периодов повышенного и пониженного генетического контроля за формированием нейрофизиологических функций.

Исследования, ведущиеся в указанных направлениях, имеют большое значение для лучшего понимания соотносительной роли генетических и средовых факторов в этиопатогенезе неврозов, формировании личности и специально невротической личности.

Особенности конституции (телосложения) у больных неврозами. Конституция и неврозы. Хотя в настоящее время в понятие конституции включается представление не только о типе телосложения, но и о других достаточно фиксированных особенностях организма (генетическая, биохимическая конституция и др.), ниже приводятся лишь некоторые данные, касающиеся конституции при неврозах в ее классическом варианте — в плане типов телосложения, устанавливаемых с помощью антропометрических исследований.

В обзоре Ф. А. Вайндруха и К. Н. Назарова (1973) со ссылкой на старые и более новые источники указано (и это является наиболее совпадающим выводом большинства авторов), что больные неврозами по сравнению с популяцией здоровых чаще характеризуются отклонениями от нормоспланхнического типа в сторону макроспланхнического и микроспланхнического. Однако в литературе существуют и данные, противоречащие подобным утверждениям. Так, Т. С. Истаманова (1958) отмечает,

что при обследовании больных с невротическими нарушениями сердечной деятельности у подавляющего большинства из них установлена нормостеническая конституция (82 %), в то время как крайние типы встречались значительно реже: астеническая конституция — у 11,1 % и гиперстеническая — у 6,9 % больных.

В ряде работ подчеркнута некоторая взаимосвязь между истерией и макроспланхническим типом, с одной стороны, и неврастенией и микроспланхническим типом — с другой. Это соответствует представлениям о существовании известных корреляций между типом телосложения и невротическими симптомами.

В литературе имеются указания также на то, что неврозы чаще возникают у лиц с чертами диспластичности. Однако, как справедливо замечают Ф. А. Вайндрух и К. Н. Назаров (1973), в силу неопределенности самого понятия дисплазии эти выводы недостаточно убедительны.

В работах И. Г. Беспалько и соавт. (1983, 1985), выполненных в нашей клинике, получены данные о более тесной связи конституционального соматотипа с затяжными формами неврозов, чем с невротическими реакциями, что может свидетельствовать о большей роли конституциональных особенностей больных в происхождении затяжных форм неврозов. Обращало на себя внимание также преобладание среди мужчин, больных истерическим неврозом, лиц с относительно увеличенной длиной туловища, среди мужчин же с другими формами неврозов достоверно чаще встречались пациенты с относительно укороченной длиной туловища. У женщин с истерическим неврозом при наличии выраженных астенических проявлений отмечалась тенденция к эктоморфии по индексу Parnell.

При оценке имеющихся материалов по проблеме конституции при неврозах необходимо иметь в виду, что не во всех исследованиях проводилась статистическая обработка данных, использовались хотя и близкие, но все же неоднозначные типологические критерии, а также различная рубрификация неврозов, что значительно снижает научную ценность этих материалов.

Представляет интерес исследование А. П. Чуприкова, С. Е. Казаковой (1985), в котором представлены данные о соотношении между неврозами и таким аномальным вариантом функциональной асимметрии мозга, как леворукость. Оказалось, что среди детей и подростков, сос-

тоящих на учете в психоневрологическом диспансере, леворуких было 12±2,1 %, среди практически здоровых детей той же местности и того же возраста — 4,5±1,4 %. Авторы указывают, что недоучет этой латерально-аномальной конструкции психомоторики ребенка может привести к клинической манифестации психического дизонтогенеза в виде невроза; следовательно, леворукость должна учитываться как фактор риска невротических расстройств.

Беременность и роды. По данным ряда авторов [Экелова-Багалей Е. М., 1974, и др.], для детей и подростков, страдающих неврозами (особенно невротическими развитиями), характерно отягощение раннего анамнеза патологической беременностью матери и патологически протекающими родами.

Количественных характеристик частоты упомянутых показателей у взрослых, больных неврозами, мы не встретили. По данным А. П. Федорова (1977), полученным при обследовании 156 больных нашей клиники, патологическая беременность отмечалась у 8 % больных истерией, у 3 % — неврастенией и не встречалась у больных неврозом навязчивых состояний. Патологические роды, случаи рождения недоношенных детей также чаще наблюдались при истерии.

Пол и возраст. В большинстве работ сообщается о значительном преобладании среди больных неврозами лиц женского пола [Мясищев В. Н., Карвасарский Б. Д., 1967; Мехилане Л. С., 1987]. Это различие в зависимости от формы невроза, характера обследуемых больных (амбулаторные, стационарные) колеблется в значительных пределах (от 2:1 до 12:1). Бо́льшую частоту неврозов у женщин обычно объясняют повышенной их эмоциональностью и тем, что женский организм в большей мере подвержен эндокринным влияниям. «Ролевой конфликт» современной женщины, совмещающей профессиональные и семейные обязанности, как отмечает В. К. Мягер (1976), вряд ли сам по себе играет существенную роль. В числе пациентов автора многодетные женщины со значительной профессиональной нагрузкой составляли меньшинство. Среди женщин, страдавших неврозами, преобладали бездетные женщины и матери, имеющие лишь одного ребенка.

Отдельные авторы [Гаккель Л. Б., 1960, и др.] заметной разницы в заболеваемости неврозами мужчин и женщин не отмечают. Противоречивость оценок, помимо дру-

гих моментов, может объясняться, в частности, различием соотношений между числом мужчин и женщин, больных неврозами, в разных возрастных группах. Представляют интерес данные В. Ф. Десятникова (1974), основанные на результатах массовых эпидемиологических исследований. Изучение болезненности и заболеваемости неврозами в зависимости от пола и возраста показало, что невротические расстройства у мужчин наблюдаются преимущественно в более молодом возрасте, а у женщин — в возрасте старше 30 лет. Автор подчеркивает, что имеющиеся в литературе данные о преобладании невротических расстройств у женщин справедливы лишь для возрастных групп после 30 лет. Он отмечает также, что неврозы у женщин протекают тяжелее. Невротические расстройства у женщин заканчиваются инвалидизацией чаще, чем у мужчин (на 30 %).

Женщины преобладают среди больных истерией [Мясищев В. Н., Карвасарский Б. Д., 1967; Лежепекова Л. Н., 1972; Семке В. Я., 1975], хотя некоторые авторы не исключают, что это различие может определяться большей или меньшей склонностью врачей чаще диагностировать истерию у женщин, чем у мужчин. При неврозе навязчивых состояний мнения о соотношении мужчин и женщин не столь единодушны. Отмечается преобладание то женщин [Rosenberg С. М., 1967], то мужчин [Лежепекова Л. Н., 1972] или же различий не находят [Мясищев В. Н., Карвасарский Б. Д., 1967]. Неврастения встречается несколько чаще у мужчин [Мясищев В. Н., Карвасарский Б. Д., 1967; Лежепекова Л. Н., 1972]. Среди больных с фобическим синдромом преобладают женщины [Карандашева Э. А., 1976], с ипохондрическим синдромом — мужчины [Uberla К., Enke Н., 1962] либо отмечается равное их соотношение [Kenyon F. Е., 1964]. Указано, что среди больных неврозами с системными желудочно-кишечными расстройствами преобладают мужчины, однако имеются и противоположные данные. Нужно учесть, что желудочно-кишечные расстройства невротического генеза представляют собой ряд почти самостоятельных синдромов, частота которых у мужчин и женщин существенно различается. Например, невротическая рвота, по нашим данным, встречается чаще у женщин (9:1); при других синдромах это соотношение иное.

В некоторых случаях возраст и пол являются одними из самых важных среди прочих этиологических факторов — биологических и социальных. Типичным примером

такого заболевания может служить нервная анорексия, по крайней мере частично имеющая невротическую природу [Коркина М. В. и др., 1986].

Заслуживают внимания данные о возрасте первой невротической декомпенсации. У 89 (из 643) больных нашей клиники заболевание началось в возрасте от 15 до 20 лет, у 214 — от 21 года до 30 лет, у 207 — от 31 года до 40 лет, у 105 — от 41 года до 50 лет, у 28 — после 50 лет. Таким образом, наибольшее число пациентов заболели в возрасте 21—40 лет, т. е в периоде активного включения в жизнь и максимальной нагрузки, что соответствует результатам исследований и других авторов.

Определенный интерес представляет сравнение возраста начала заболевания у обследованных нами больных (главным образом жителей Ленинграда) и у больных Клайпеды. В то время как среди первых в возрасте от 31 года до 50 лет заболели 313 из 643 (48,5 %) пациентов, в Клайпеде эта цифра возросла до 67,9 % (108 из 159 больных) за счет более позднего начала заболевания [Винкшна И. А., 1974]. Возможно, манифестация неврозов в условиях современного крупного индустриального центра в целом начинается раньше, в частности, в связи с большим темпом и напряжением жизни.

На рис. 5 показано распределение больных с различными формами неврозов по возрасту начала заболевания. Как видно из гистограмм, больные неврастенией чаще заболевают в зрелом возрасте — от 30 до 34 лет, больные истерией — чаще в возрасте 20—34 лет. В группе больных неврозом навязчивых состояний трудно выделить какой-либо возрастной пик наибольшей частоты начала заболевания.

Выявленное распределение возраста первой невротической декомпенсации у больных с разными формами неврозов может быть понято, исходя из содержания наиболее характерных для этих форм невротических конфликтов.

Невротические проявления в детстве и неврозы у взрослых. При всех различиях невротических состояний у детей и взрослых их клинические проявления во многом сходны. В связи с этим на протяжении длительного времени преобладало представление о том, что имеется тесная связь между неврозом в детском возрасте и в последующей жизни.

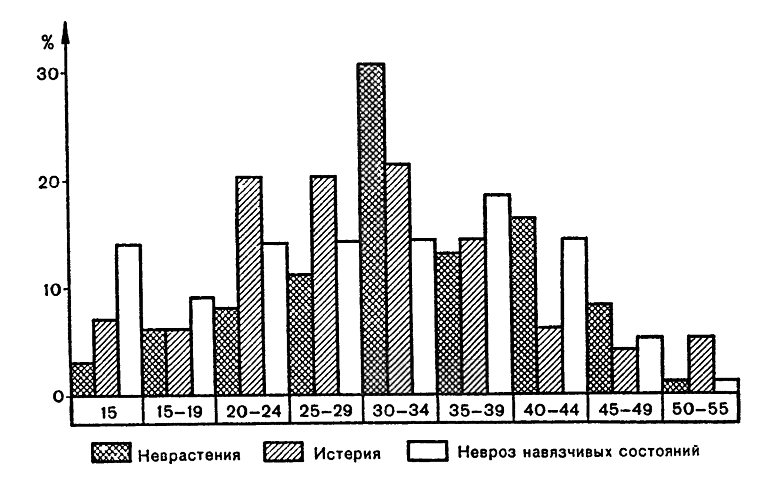


Рис. 5. Распределение больных неврозами по возрасту начала болезни.

Однако обращение к литературе показывает, что эти представления верны лишь частично.

L. M. Robins (1971), сравнивая результаты 30-летнего катамнеза 500 детей, лечившихся по поводу невротических состояний, с контрольной группой из 100 человек, нашла, что неврозы у них в зрелом возрасте не более часты, чем в контрольной группе. Большинство детей, которые считались невротиками, в зрелом возрасте таковыми не являлись.

Эти данные в определенной степени расходятся с результатами 15—20-летнего катамнеза 150 детей, больных неврозами, приведенными в работе В. А. Колеговой (1976). Только 57,3 % детей из 150 в последующем были здоровы, у остальных 42,7 % сохранялись невротические симптомы или отмечались психопатические черты характера.

Ряд работ носит ретроспективный характер, поэтому они должны оцениваться несколько ниже, чем катамнестические исследования. G. N. Bianchi (1971) показал, что у больных с фобическим и обсессивно-фобическим синдромами в детстве довольно часто отмечались невротические проявления.

А. П. Федоров (1977) подверг статистическому анализу некоторые из так называемых невротических симптомов детского периода — энурез, снохождение, судорожные проявления, ночные страхи, эпизоды

обсессий и фобий, психическая анорексия, чрезмерная возбудимость, истерические реакции. У больных неврастенией все перечисленные симптомы, за исключением эпизодов снохождения, отмечались реже всего. Снохождение было выявлено у 5 % больных неврастенией, у 4 % больных истерией и не наблюдалось при неврозе навязчивых состояний. У больных неврозом навязчивых состояний чаще выявлялись эпизоды навязчивостей и фобий. У больных истерией относительно более частыми были энурез, ночные страхи, психическая анорексия, чрезмерная возбудимость, истерические реакции.

Анализ литературы по данному вопросу показывает, что, хотя между неврозами в детском и взрослом возрасте имеется связь, однако, эта связь встречается у меньшинства больных. Часто дети, страдающие неврозами, с возрастом становятся вполне здоровыми, а большинство взрослых заболевают неврозами только в зрелом возрасте.

Перенесенные заболевания. Большинство исследователей, основываясь на принципе единства психического и соматического, важную роль в этиологии неврозов придают приобретенной соматической диспозиции, являющейся результатом перенесенных заболеваний, в том числе инфекций, травм, интоксикаций и др., изменяющих реактивность нервной системы и способствующих невротическому срыву [Иванов Н. В., 1975; Лебединский М. С., 1975; Wendt H., 1968, и др.]. Хотя, как отмечает Н. В. Иванов (1975), при неврозах обычно и сохраняет свое значение закон силы раздражителя (чем более значима, чем сильнее психотравма, тем глубже возникшая клиническая картина реактивного состояния), именно соматический фактор может изменять эти соотношения, выступая как своеобразный сенсибилизатор к дальнейшему воздействию психотравмы, которая в этом случае может и не носить характера массивной или длительно действующей патогенной ситуации.

Роль предшествующих, а также сопутствующих началу невроза соматических вредностей многими авторами рассматривается как особенно характерная для современных неврозов.

Напомним, что и в лабораториях И. П. Павлова, в частности исследованиями А. Г. Иванова-Смоленского (1952) и его сотрудников, были получены

убедительные, ставшие уже классическими данные на животных, показавшие роль соматического фактора в качестве момента, значительно облегчающего наступление срыва высшей нервной деятельности.

Особенно велика роль, как это было отмечено при обследовании больных неврозами в нашей клинике, длительных хронических желудочно-кишечных и сердечно-сосудистых заболеваний (соответственно у 315 и 110 из 643 больных), астенизирующее, раздражающее, токсическое влияние которых трудно исключить в качестве определенных физиологических условий, понижающих сопротивляемость и ослабляющих «почву». Вместе с тем нами было отмечено, что, несмотря на длительное (обычно многолетнее) течение, указанные соматические заболевания не вызывали значительной декомпенсации. Последняя у этих больных во всех случаях проявлялась как декомпенсация невротическая, психогенно обусловленная.

Это относилось и к неврастении, возникновение которой многие авторы и сейчас связывают главным образом с соматическими причинами (инфекции, интоксикации, травмы).

В качестве провоцирующего момента, облегчающего манифестацию невроза (чаще при наличии скрытой психогении), в настоящее время нередко выступает вегетативный или вегетативно-диэнцефальный криз, возникновению которого могут способствовать различные соматические факторы: латентные инфекции (например, хронический тонзиллит), алкоголизация, переутомление, перегревание и др., либо их сочетания. При этом независимо от того, возникали ли эти кризы однократно или повторялись, они приобретали существенное значение в оформлении клинической картины невроза, играя патопластическую роль в формировании синдрома ожидания, танатофобий (обычно инсульто- и кардиофобий) и других симптомов.

В плане соотношения психогенного и соматического в этиологии неврозов большой интерес представляет вопрос о так называемых отставленных неврозах, следовых психогениях, при которых психотравмирующие моменты прошлого приобретают актуальное патогенное значение для больного нередко спустя длительное время на фоне выраженной астении, обусловленной инфекциями, травмами, соматическими заболеваниями и органическими

поражениями головного мозга [Фрумкин Я. П., Мизрухин И. А., 1969, и др.].

Роль перенесенных соматических заболеваний при разных формах неврозов была изучена А. П. Федоровым (1977) путем анамнестического обследования 156 больных.

Только по очень небольшому числу перенесенных заболеваний у больных с разными формами неврозов выявлены статистически значимые различия. В анамнезе у больных истерией и неврастенией чаще, чем у больных неврозом навязчивых состояний, отмечался ревматизм (10 и 13 % сравнительно с 0). В группе больных истерией (6 %) сравнительно с группой больных неврозом навязчивых состояний (0) также чаще отмечены эндокринные заболевания; у больных неврастенией они установлены в 3 % случаев. В группе больных истерией началу заболевания достоверно чаще предшествовали тяжелые роды (6 % сравнительно с 0 у больных неврастенией); у больных неврозом навязчивых состояний они отмечены в 5 % случаев.

Среди больных истерией чаще отмечались заболеваемость туберкулезом легких и других органов (в 11 % случаев сравнительно с 5 % у больных неврастенией и неврозом навязчивых состояний), хронические заболевания желудочно-кишечного тракта (в 27 % случаев сравнительно с 21 % у больных неврастенией и 14 % у больных неврозом навязчивых состояний), заболевания печени и желчных путей (в 21 % случаев сравнительно с 16 % у больных неврастенией и 14 % случаев неврозом навязчивых состояний). Хронические заболевания гинекологической сферы установлены в группе больных неврастенией в 16 % случаев сравнительно с 13 % при истерии и 8 % — при неврозе навязчивых состояний.

При отсутствии статистически значимых различий по ряду заболеваний в целом создается впечатление о большей соматической отягощенности больных истерией.

Вопрос о роли нередко выявляемых при неврозах органических изменений центральной нервной системы (чаще всего в виде стойкой резидуальной органической недостаточности после перенесенных в прошлом заболеваний и травм), а также патологически измененной церебральной «почвы» в результате малопрогредиентного эндогенного процесса ввиду его особого значения для понимания этиопатогенеза неврозов рассматривается в 4 и 6 главах.

Преморбидные особенности личности. Личностному преморбиду больных неврозами и особенностям уже сформировавшейся невротической личности посвящена большая литература, в которой акцентируется внимание как на общих чертах личности, предрасполагающих к возникновению невроза, так и на чертах, специфичных в той или иной мере для отдельных форм неврозов [Мясищев В. Н., 1960; Лакосина Н. Д., 1970; Федоров А. П., 1977; Ковалев В. В., 1979; Личко А. Е., 1985; Коркина М. В. и др., 1986; Ушаков Г. К., 1987; Petrilowitsch N., 1966, и др.].

Если в прошлом весьма распространенной была точка зрения, что «поставщиками» неврозов, как правило, являются психопаты, а основные формы неврозов представляют собой декомпенсации соответствующих им типов психопатий (истерия — истероидная психопатия, неврастения — астеническая психопатия, невроз навязчивых состояний — психопатия психастенического круга), то в настоящее время в отечественной психиатрии прочно утвердилось представление, что неврозы могут возникать у лиц, и не страдающих психопатиями, а также без сколько-нибудь выраженных психопатических черт характера. Если идти по пути сближения психогенных декомпенсаций психопатий с неврозами в узком смысле слова [Фелинская Н. И., 1976, и др.], то, естественно, в случае психопатий невроз выступает как рецидивирующее заболевание, так как психогенные срывы могут возникать в обычных жизненных условиях, становясь как бы предпочтительным типом реагирования. У человека же без психопатических особенностей невроз может быть и единственным эпизодом в жизни, возникающим, однако, под влиянием действительно патогенной психотравмирующей ситуации.

Можно думать, что если при выраженном психофизическом стрессе невротический срыв возможен у любого человека, то характер, форма его зависят не столько от патогенного фактора, сколько от индивидуального предрасположения и особенностей данной социальной среды.

Еще более сложным, чем проблема невроз — психопатия, является вопрос о роли в генезе неврозов крайних вариантов нормы — акцентуаций характера, представления о которых вслед за K. Leonhard (1981), предложившим термин «акцентурированная личность», в нашей

психиатрии успешно разрабатывает А. Е. Личко (1983). Как отмечает А. Е. Личко, задача выделения переходных состояний между психопатией и крайними вариантами нормы возникала и раньше, причем они получали различные обозначения: «дискордантно-нормальные» [Kahn E., 1928], «латентная психопатия» [Ганнушкин П. Б. 1933], «крайние варианты нормального характера» [Ушаков Г. К., 1973]. Можно было бы вспомнить также «угрожаемые структуры» W. Bayer (1947).

Как и в случае психопатии, наличие акцентуаций характера в условиях психотравматизации может стать благоприятной почвой для возникновения неврозов и невротических развитий. По данным А. Е. Личко (1985), отдельным типам акцентуаций характера свойственны определенные формы невротических расстройств. Астеноневротический и лабильный типы акцентуации предрасполагают в соответствующих условиях к возникновению неврастении, сенситивный, психастенический и реже астеноневротический служат благоприятной почвой для развития обссессивно-фобического невроза. Истерический невроз возникает на фоне истероидной акцентуации или реже при некоторых смешанных с истероидным типах — лабильно-истероидном, истероидно-эпилептоидном, реже шизоидно-истероидном. Подчеркивая значение выделения понятия «акцентуация характера» для клиники неврозов, автор справедливо отмечает, что от типа акцентуации зависят не только особенности клинической картины невроза, но и избирательная чувствительность к определенного рода психогенным факторам, поскольку очевидно, что невротическая декомпенсация может быть облегчена психотравматизацией, предъявляющей чрезмерные требования к «месту наименьшего сопротивления» данного типа акцентуации.

Некоторое представление о личностном преморбиде у больных с различными формами неврозов дает работа Б. А. Воскресенского (1976). Из 20 больных неврастенией у 7 личностных нарушений не отмечалось, у 11 была акцентуация по астеническому типу, у остальных выявлены другие клинические варианты индивидуальности. Личностные нарушения в преморбиде имели 8 из 20 больных неврозом навязчивых состояний, 10 человек обнаружили акцентуацию с преобладанием тревожной мнительности.

Из 15 больных истерическим неврозом нарушения отсутствовали только у 2, остальные были отнесены к ак-

центуированным личностям. Среди последних преобладали лица с истерическими чертами характера (9 человек).

О. Р. Читаева и соавт. (1987) отметили, что неврастения развивается у 42 % практически здоровых людей. При истерии и неврозе навязчивых состояний личностные акцентуации встречаются соответственно у 42 и 46,7 % больных, психопатии различного типа — у 27 и 37,7 %.

При всем значении патологических и акцентуированных черт характера в происхождении неврозов едва ли можно согласиться с точкой зрения, по-прежнему высказываемой рядом зарубежных авторов, что невроз всегда или как правило возникает при наличии патологических или акцентуированных черт характера [de Araújo H. A. G., 1972]. В случае признания преимущественно генетической их обусловленности с достаточной отчетливостью здесь выступает тенденция биологизации природы неврозов.

С учетом сложности объективной оценки соотносительной роли врожденных свойств и неблагоприятных влияний внешней социальной среды в генезе неврозов и в связи с реальностью другой опасности — психологизации природы неврозов — большое значение приобретает последовательная ориентация на клинический опыт. Последний убедительно свидетельствует об огромном значении прижизненных влияний на формирование предневротической и невротической личности с появлением в определенных условиях акцентуированных или даже патологических черт в характере индивида [Ковалев В. В., 1976].

Нет необходимости подчеркивать целесообразность исследований в этом направлении, прежде всего в аспектах прогноза, психотерапии и психопрофилактики неврозов.

Наши сотрудники А. П. Федоров (1977), Л. Д. Малкова (1977) на 156 больных неврозами, возникшими у лиц без значительно выраженных патологических отклонений и акцентуаций характера, исследовали преморбидные особенности по 30 признакам темперамента, характера и личности. Оценивалась степень выраженности каждого признака у больных с 3 формами неврозов по 3 градациям: высокая, средняя, низкая. Условно эти признаки были сгруппированы следующим образом: 1) в основном характеризующие волевую сферу (активность, решительность, устойчивость, внушаемость, целенаправленность); 2) эмоциональную сферу (сенситивность, тревожность, интенсивность эмоций, продолжительность эмоций, лабильность эмоций); 3) степень эмоционального контроля (импульсивность, экспансивность); 4) свойства личнос-

ти, определяющие интерперсональные отношения (потребность в контактах, общительность, доверчивость, альтруизм, откровенность, агрессивность, уступчивость, тактичность); 5) качества, характеризующие в основном способность личности к адаптации, компенсаторные психологические механизмы (чувство неполноценности, стремление к избеганию конфликтов, фрустрационная толерантность, адаптивность к новым обстоятельствам); 6) особенности личности, указывающие в основном на отношение пациента к работе (ответственность, чувствительность к критике, добросовестность, работоспособность).

Для группы больных неврастенией были характерны повышенная ответственность и добросовестность (соответственно 72 и 69,6 % пациентов характеризовались высокой степенью выраженности этих признаков) в сочетании с высокой чувствительностью к критике, наблюдавшейся у 86,4 % больных. Они отличались хорошей работоспособностью и активностью при наличии высокой интенсивности и продолжительности эмоций и достаточно выраженной тревожности. Наряду с этим в характере больных неврастенией выявлялись низкие показатели уступчивости при средней степени выраженности таких качеств, как решительность, фрустрационная толерантность и адаптивность.

Эти сочетания характерологических особенностей наряду со стремлением к чрезмерным, превышающим реальные возможности усилиям в основных видах деятельности, формирующимся в условиях, когда постоянно стимулируются нездоровые тенденции к успеху без учета сил и возможностей, чаще всего способствовали развитию психологического конфликта неврастенического типа.

Больные истерией в преморбиде отличались завышенной самооценкой, эгоистичностью и эгоцентричностью, относительно высокой активностью, сочетавшейся у них с такими свойствами, как низкая степень решительности и целенаправленности и значительная степень внушаемости и самовнушаемости. У них часто выявлялись сочетания выраженной сенситивности и тревожности с лабильностью и импульсивностью. Высокая потребность в контактах и лидерстве сочеталась со средней степенью уступчивости и ответственности. Наряду с отдельными чертами психастенического типа, указанными выше, у ряда больных этой группы в преморбиде отмечались проявления шизоидности, которая выступала в виде высокой сенситивности, сочетающейся с эмоциональной холод-

ностью, трудностью контактов и др. Истерический преморбид при других соответствующих условиях способствовал формированию психологического конфликта истерического типа.

В преморбиде больных неврозом навязчивых состояний обращала на себя внимание прежде всего низкая степень активности, уверенности в себе, решительности, целенаправленности в сочетании с выраженной тревожностью и мнительностью — черты, свойственные психастеническому типу. Характерным для части больных было сочетание повышенной впечатлительности и чрезмерной чувствительности (при склонности к задержке внешних проявлений эмоциональных реакций) и в связи с этим наличие постоянной фиксации больных на значимых для них сложных жизненных обстоятельствах, чему способствовала также повышенная склонность их к самовнушению. С учетом высокой степени ответственности и добросовестности, высокой чувствительности к критике и средней степени способности избегать конфликты более вероятной становится возможность формирования психологического конфликта обсессивно-фобического типа, чаще в области морально-этических установок больного.

Вопросы, касающиеся некоторых других особенностей больных неврозами, в частности их интеллектуальной деятельности, специально освещены в главе 1. Здесь мы укажем лишь на работу H. J. Eysenck и S. Rachman (1965), в которой на основании экспериментально-психологических исследований рассматривается вопрос о значении уровня интеллекта в развитии неврозов. В работе приводятся данные, полученные при обследовании 3000 больных неврозами мужского и женского пола. Контрольная группа состояла из 3000 здоровых лиц мужского пола. По уровню интеллекта все исследуемые были разделены на 5 групп в соответствии с нормальным распределением лиц контрольной группы. Для больных неврозами кривая распределения (как для мужчин, так и для женщин) оказалась более пологой. Иными словами, в группе больных неврозами было гораздо меньше лиц со средним интеллектом, чем в контрольной группе, и на оба крайних отрезка кривой приходился больший процент лиц, страдающих неврозами, чем в контрольной группе. Из этих данных H. J. Eysenck делает вывод о том, что у людей со средним интеллектом невроз развивается реже, чем у отклоняющихся от среднего уровня, т. е. в сторону более высокого и более низкого интеллекта.

Психические травмы детского возраста. В связи с большой и весьма противоречивой литературой, касающейся роли психотравматизации в детские годы, мы ограничимся приведением лишь фактических данных, полученных А. П. Федоровым (1977) при тщательном клинико-психологическом обследовании больных нашей клиники.

Первое место среди причин психических травм детского возраста занимает потеря близких — 37, 30 и 41 % случаев соответственно при истерии, неврастении и неврозе навязчивых состояний. Второе и третье места в группе неврастении занимают испуг и болезнь близких, в группе больных истерией — конфликты между близкими и испуг, у больных неврозом навязчивых состояний — конфликты между близкими, в равной мере испуг и конфликты с близкими. Развод родителей детей в возрасте до 7 лет чаще отмечался в группе больных неврозом навязчивых состояний и истерией (14 и 13 % соответственно), реже — при неврастении (3 %); у детей в возрасте от 8 до 15 лет развод одинаково часто встречался в трех группах. В целом частота разводов родителей детей до 15 лет в группе больных неврастенией составляет 9 %, а в группах истерии и невроза навязчивых состояний — 19 %.

Данные о частоте психических травм у обследованных больных неврозами в детские годы позволяют присоединиться к тем авторам, которые подчеркивают в числе других влияний среды важную роль и этого фактора в процессе формирования личностного преморбида больных неврозами.

Ятрогении. Ятрогении (от лат. iatros — врач) — общее обозначение психогенных расстройств, возникающих вследствие отрицательных влияний на человека слов (собственно ятрогения) или действия (ятропатия) врача, медицинской сестры (соророгения от лат. soror — сестра) либо других медицинских работников. Существуют также понятия «эгогения» — пагубные самовлияния больного, связанные с предубеждениями, с которыми он идет на прием к врачу, страхом перед исследованием и др. [Лакосина Н. Д., Ушаков Г. К., 1984], и «эгротогении» (от aegrotus — больной) [Либих С. С., 1975]. Последним термином обозначают ухудшения в состоянии больного под влиянием нежелательных воздействий со стороны других больных (сомнения в правильности лечения, неправильная ошибочная информация о прогнозе болезни и т. д).

Ятрогениям посвящена большая, в том числе моно-

графическая, литература. Наиболее известны работы О. Витке — «Врач как причина психических расстройств» (1925), Р. А. Лурия — «Внутренняя картина болезни и ятрогенные заболевания» (1977), N. Schipkowensky — «Ятрогения или освобождающая терапия» (1965) и ряд других.

Как отмечают М. С. Лебединский, В. Н. Мясищев (1966), в происхождении ятрогении необходимо усматривать две неразрывные стороны: 1) поведение врача; 2) особенности личности больного (мнительность, тревожность, ипохондричность, повышенная эмоциональность и др.).

Сила ятрогенных воздействий возрастает, в частности, при чрезмерно директивном характере взаимоотношений врача с больным.

Согласно данным, полученным в нашей клинике, ятрогения в качестве патогенного фактора нередко встречается при неврозах. При обследовании 156 больных в группах неврастении и истерии она установлена у 38 и 34 % и у 27 % больных неврозом навязчивых состояний.

Относительно редко ятрогения является ведущим этиопатогенетическим фактором при неврозах и представляет собой зафиксированную реакцию тревожно-мнительной личности на ятрогенное воздействие. Гораздо чаще ятрогения выступает как добавочный патогенный фактор, играющий провоцирующую роль при наличии скрытой психогении. Это обстоятельство чрезвычайно важно иметь в виду, так как обычно обнаруживаемые при первой же беседе с больным бросающиеся в глаза яркие воздействия ятрогенного характера могут заслонять от врача истинные, более глубокие причины психогении.

Психотравмирующие ситуации и условия их патогенности. В настоящее время большинство авторов исходят из признания определяющей роли психотравмирующих ситуаций в генезе неврозов, полагая, что в одних случаях они могут выступать в качестве ведущих этиологических факторов, в других — в качестве этиологических условий. Чаще всего патогенную роль приобретают их сочетания. Основные различия по-прежнему выступают во взглядах исследователей на условия патогенности психотравмы.

Для изучения роли психотравмирующих обстоятельств при неврозах нами из 1000 больных отделения неврозов были отобраны 643 с чистыми формами неврозов. Среди обстоятельств, обусловивших нервно-психическое перенапряжение у этих больных, преобладали се-

мейно-бытовые, в том числе сексуальные (517 человек), и производственные (205 человек). В табл. 7 приведены основные типы психотравмирующих обстоятельств, определивших развитие невроза. У многих больных имело место сочетание ряда психотравмирующих обстоятельств.

Таблица 7. **Распределение больных неврозами по основным типам психотравмирующих обстоятельств**

Типы психотравмирующих обстоятельств	Число больных	
	абс.	%
Семейно-бытовые:		
смерть и тяжелые заболевания близких	75	11,7
материальные затруднения	42	6,5
личная неустроенность	8	1,2
ссоры супругов с родителями	20	3,1
плохие взаимоотношения между супругами:	160	24,9
ссоры	51	7,9
нелюбовь одним из супругов другого	24	3,7
измена	26	4,04
развод как завершающий момент разрыв семейных связей	30	4,7
ревность	9	1,4
Производственные:		
напряженный характер работы	77	11,9
служебные неприятности	37	5,8
неудовлетворенность работой	11	1,7
неправильное увольнение	9	1,4
угроза наказания за правонарушения	7	1,1
перевод на нижеоплачиваемую работу	9	1,4

В приведенных данных, отражающих многолетний клинический опыт работы с больными неврозами, обращает на себя внимание отсутствие тех источников неврозов, которые обычно отмечают зарубежные исследователи капиталистических стран: страх потерять работу, страх перед болезнью и старостью. В то же время у наших больных преобладали психотравмирующие обстоятельства семейно-бытового характера, причем доминировали трудности взаимоотношений между супругами, что в полной мере согласуется с исследованиями социологов и социальных психологов, изучающих проблемы семьи и подчеркивающих нередкую дисгармоничность семейных отношений в настоящий период. Специального внимания заслуживает тот факт, что материальные затруднения

явились причиной психотравмирующих семейно-бытовых ситуаций лишь у 42 из 517 больных. В большинстве же случаев были отмечены моральные и характерологически обусловленные мотивы конфликтов.

Среди производственных психотравмирующих обстоятельств первое место занимает напряженный характер работы. Частоту его можно связать с высоким темпом современной производственной жизни.

Изучение длительности психотравмирующих обстоятельств, в которых находились обследованные больные, убедительно показало значение затяжного их характера (у 519 из 643 больных). Лишь у 19 больных в качестве основы возникновения невроза отмечены острые неблагоприятные жизненные ситуации. У остальных 105 больных имело место сочетание длительно и остро действующих обстоятельств.

Таким образом, нервно-психическое перенапряжение у подавляющего большинства больных неврозами имело хронический характер.

О. Р. Читава и соавт. (1987) острое воздействие отметили в 43,1 %, затяжное — в 56,3 % случаев.

На относительно большую частоту семейно-бытовых психотравмирующих ситуаций указывают также М. Э. Телешевская (1974), Ю. А. Кузнецов (1974), Б. Д. Петраков, И. Б. Баранова (1976). В наших исследованиях, как и в работах других авторов, показано, что среди психотравмирующих обстоятельств у женщин в целом преобладают ситуации, связанные с семейно-бытовой сферой, а у мужчин — с производственной.

Сексуальные дисгармонии занимают существенное место в ряду психотравмирующих ситуаций, в том числе семейно-супружеских [Кришталь В. В., 1984]. Их значение относительно больше у мужчин, чем у женщин, причем у мужчин эти расстройства чаще наблюдались в молодом и инволюционном возрасте, а у женщин резких колебаний в различных возрастных группах не наблюдалось [Лежепекова Л. Н., 1972].

Психотравмирующие ситуации сексуального характера чаще были следствием нарушений супружеских и партнерских взаимоотношений, а нередко и бытовых моментов.

Частыми причинами нарушений в сексуальной жизни являлись ошибки, связанные с недостаточными знаниями в этой области, отклонениями от физиолого-гигиенических норм и др. В генезе сексуальных дисгар-

моний социальное и физиологическое так тесно переплетаются, что трудно подчас найти их первопричину [Беляев И. И., 1973; Кришталь В. В., 1984].

ЭТИОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ СОЦИАЛЬНОЙ ПРИРОДЫ

Родительская семья. Литература, посвященная исследованию роли семейных факторов в происхождении неврозов, огромна. Среди отечественных публикаций следует упомянуть работу, выполненную ранее в нашей клинике Р. А. Зачепицким и Е. К. Яковлевой (1960), книги А. И. Захарова (1982), Э. Г. Эйдемиллера и В. В. Юстицкого (1989), среди зарубежных монографий — H. E. Richter «Родители, ребенок и невроз» (1963) и «Семья как пациент» (1972).

В большинстве работ, посвященных данной проблеме, исследуется роль таких семейных факторов, которые относительно легко учесть: развод, гибель родителей, внебрачное рождение, воспитание у родственников и т. д. [Кузнецов Ю. А., 1972; Кулиш И. Г., 1972; Ernst K., 1966, и др.]. Гораздо меньше публикаций, касающихся таких факторов, которые труднее учитывать, например нарушенные условия воспитания в формально сохраненной семье [Надеждин Ю. И., 1972; Захаров А. И., 1976; Ковалев В. В., 1976; Лакосина Н. Д., 1976, и др.].

По данным большинства авторов, 30—35 % детей, страдающих неврозами, до 16 лет имеют распавшуюся семью. Однако близкие цифры отмечаются и в здоровой популяции. По-видимому, вопреки некоторым ожиданиям мы имеем здесь дело со статистически незначимым патогенным фактором.

Порядок рождения, число детей в семье во многих работах расцениваются как обстоятельства незначимые. Только некоторыми авторами [Uberla K., Enke H., 1962; Campbell D. P., 1965, и др.] установлено больше единственных и первых детей среди больных неврозами.

Специальный интерес представляет обзорная работа Х. Т. Димитрова и М. С. Гълъбовой (1974), в которой приведены результаты обследования 400 больных с истерией, навязчивым неврозом, неврастенией, сексуальными нарушениями и невротическим поведением с наркоманическими проявлениями. Авторы отметили, что частота депривации у больных истерией составила 26,6 %, при неврозе навязчивости — 15,9 %. Возможно, полагают они, что ранняя потеря родителей способствует развитию внут-

ренней неустойчивости и обостренной потребности во внимании, т. е. обусловливает формирование как раз того психологического механизма, который существен для возникновения истерических расстройств. Далее, разводы родителей наиболее частыми были в семьях больных с сексуальными нарушениями (11 %), относительно реже — при неврозе навязчивых состояний (8,9 %) и у больных истерией (6,6 %). На этом основании делается предположение, что конфликтные отношения между родителями и сами обстоятельства развода могут вселять известное недоверие к семейной жизни и сексуальным отношениям и, таким образом, могут неблагоприятно сказываться на психосексуальном развитии личности. Помимо этого, в семьях больных неврозами были частыми различные фрустрирующие моменты и неправильное воспитание. Избалованность отмечена у 70 % больных истерией, у больных неврозом навязчивых состояний на передний план выступало сверхстрогое и сверхтребовательное отношение со стороны одного из родителей, часто сочетающееся со сверхпротекцией со стороны другого.

Ряд статистических данных, характеризующих в сравнительном плане родительскую семью с разными формами неврозов, приведен в работе нашего сотрудника А. П. Федорова (1977). Больные истерией относительно чаще являлись единственными детьми в семье (41 % сравнительно с 17 % в группе неврастении и 32 % при неврозе навязчивых состояний). Вместе с тем в семьях значительной части больных было двое детей (32 %) и более трех детей (18 %). Больные неврастенией происходили чаще из семей, в которых было двое и более детей (38 и 27 %). В семьях лиц, страдающих неврозом навязчивых состояний, чаще был один или двое детей (32 и 32 %).

Среди больных истерией старших детей было 25 %, младших — 24 %. По уровню образования родителей группы больных не различались между собой.

В группе больных неврастенией хорошие отношения между детьми отмечались чаще, чем в группе больных истерией и неврозом навязчивых состояний.

Наиболее высокий процент воспитывающихся в детском доме и чужой семье отмечен среди больных истерией (13 и 3 %).

Группы не различались между собой по числу больных, воспитывавшихся преимущественно отцом и матерью, отцом, отчимом, мачехой, родственниками.

Наиболее высокий уровень материальной обеспечен-

ности родителей наблюдался у больных истерией и наиболее низкий — у больных неврастенией.

Культурный уровень семьи, в которой воспитывался больной, и частота конфликтов в семье между родителями были одинаковыми во всех группах обследованных.

В качестве характерных условий неправильного воспитания в родительской семье, формирующих личностные черты в ситуации нервно-психического перенапряжения и предрасполагающих к возникновению невротических расстройств, по данным В. Н. Мясищева (1960), Ю. Я. Тупицына (1973), Э. А. Карандашевой (1976), Л. Д. Малковой (1977), А. П. Федорова (1977), В. В. Ковалева (1979), А. И. Захарова (1982) и др., выступают их разновидности, приведенные ниже.

У больных истерическим неврозом — это изнеженность, заласканность, постоянная уступчивость больному, когда ему все позволено, неоправданное подчеркивание существующих и несуществующих достоинств, положительных качеств, что приводит к неадекватному завышению уровня притязаний. Особенности характера, присущие истерии, могут формироваться также при безразличном отношении по типу «отвержения», а также в обстановке грубо деспотического воспитания.

Формированию личностных черт, предрасполагающих к развитию невроза навязчивых состояний, способствует неправильное воспитание в обстановке чрезмерной опеки, оберегания, предъявления слишком строгих нравственных требований к ребенку, запугивания, подавления самостоятельности и лишения собственной инициативы. Особое значение имеет предъявление противоречивых требований.

Преморбидные особенности личности больных неврастенией формируются прежде всего в условиях, когда постоянно стимулируется нездоровое стремление к успеху без реального учета сил и возможностей индивида.

Необходимо, однако, подчеркнуть, что указанные типы воспитания, в целом характерные для больных истерией, неврозом навязчивости и неврастенией, требуют конкретизации и часто дополнения, когда речь идет об отдельных невротических синдромах в рамках основных форм неврозов. Э. А. Карандашевой (1976) в нашей клинике было показано, что наряду с некоторыми общими для всей группы больных с невротическими фобиями особенностями воспитания существуют и определенные различия применительно к отдельным их видам. Так, например, для больных с нозофобиями в детстве характерным было

сверхвнимательное, сверхзаботливое отношение родителей к здоровью ребенка, иногда с установлением ввиду частых простудных или других заболеваний необоснованного щадящего режима.

Характерологические особенности родителей, включая акцентуации характера, и вследствие этого нарушения условий воспитания приведены в ряде работ как весьма значимые факторы [Кулиш И. Г., 1972; Надеждин Ю. И., 1972]. Однако насколько роль этого фактора определяется генетическими моментами, а насколько зависит от прямого влияния среды, в которой происходило воспитание, остается неясным.

Резюмируя результаты исследований влияния факторов родительской семьи на генез неврозов, необходимо отметить, что большинство авторов приходят к выводу о большом значении указанных факторов, предрасполагающих к формированию неврозогенных личностных черт, однако не склонны их переоценивать и абсолютизировать.

Некоторые особенности сексуального воспитания и семейное положение. В работе А. П. Федорова (1977), а также в ряде других исследований подвергнуты анализу показатели сексуального воспитания и семейного положения в аспектах их возможного этиологического значения при неврозах.

Наиболее частыми нарушенные условия сексуального воспитания были у больных неврозом навязчивых состояний (пуризм — 55 %, распущенность — 5 % случаев). Больные истерией занимают промежуточное положение (пуризм — 28 %, распущенность — 7 % случаев). Относительно более благоприятными были условия сексуального воспитания у больных неврастенией. По частоте мастурбации больные трех групп существенно не различались. Не выявлено также различий по возрасту начала половой жизни.

Данные о семейном положении больных неврозами противоречивы. Среди мужчин, так же как и женщин, ряд авторов отмечают преобладание холостых [Кузнецов Ю. А., 1972, и др.]. Утверждается в ряде работ, что это верно только для больных истерией и только для лиц женского пола. K. Ernst (1965) у госпитализированных больных неврозами отмечает те же соотношения, что в общей популяции. По данным одних авторов, частота разводов у больных неврозами ниже, чем в общей популяции, по данным же других авторов [Ernst K., 1965; Rotach-Fuchs M., 1968], по этому показателю больные нев-

розами не отличаются от популяции здоровых. C. Boor (1963) нашел, что частота разводов у женщин, больных неврозами, выше, чем в здоровой популяции.

Вероятно, как эти, так и другие показатели нельзя рассматривать, не учитывая такие характеристики, как форма, степень тяжести невроза и др. Обследовав 250 больных неврастенией, выявленных при выборочном осмотре населения, никогда ранее у психиатров не лечившихся, К. И. Гладкова и соавт. (1974) показали, что одинокие люди среди этих больных составляют лишь 2,8 %. Но даже и этот крайне низкий показатель не связан с заболеванием, поскольку это были лица, не достигшие брачного возраста. Число разведенных и живущих одиноко после развода было также незначительным — 4,9 %. Авторы подчеркивают, что это больные с относительно легкими формами неврастении.

По данным нашей клиники, между больными с тремя формами неврозов не выявлено статистически значимых различий по таким объективным характеристикам семейного положения, как число женатых, холостых, вдовых, разведенных. У больных неврастенией, истерией и неврозом навязчивых состояний процент женатых (замужних) составлял соответственно 72, 70 и 64. И. А. Винкшна, обследовав 336 больных неврозами, проходивших лечение в Клайпедском городском психоневрологическом диспансере, нашел, что из них женатых (замужних) было 257, т. е. 76,5 % (в группе неврастении — 75,2 %, истерии — 79,8 % и невроза навязчивых состояний — 68,8 %).

Число детей и показатели бездетности, как отмечают Ю. А. Кузнецов (1973), K. Ernst (1965), в группе больных неврозами всех форм обычные.

По сообщению K. Ernst (1968), противоречивость данных по рассматриваемым показателям при неврозах объясняется тем, что если и существуют различия по указанным признакам между общей популяцией и группой неврозов, то они не столь значительны, как при эндогенных психозах.

Образование, профессия и трудовая деятельность. В обстоятельной работе И. Божанова (1974) рассматриваются следующие три аспекта взаимоотношений между учебно-образовательным процессом и возникновением неврозов: 1) невротизирующее влияние его на обучающихся; 2) невротизирующее влияние его на преподавателя; 3) невротизирующее действие коммуникации, связанной с учебно-воспитательным процессом, которая

в зависимости от направленности на ученика или учителя проявляется либо в форме дидактогении, либо матетогении (неврозогенное влияние ученика на преподавателя). Автор справедливо отмечает, что болезнетворно действует не сама по себе умственная нагрузка, а неправильно организованный учебно-образовательный процесс, который может выступать в качестве патогенного фактора (несоблюдение правил психогигиены обучения, недостаток свободного времени для удовлетворения личных потребностей, завышенные требования к себе, часто связанные со сверхценным отношением родителей к высоким оценкам, конфликтные отношения на различных уровнях в процессе обучения и т. д.). Указанные обстоятельства объясняют данные о высокой частоте невротических проявлений у учащихся школ и училищ. При обследовании 5135 учениц в возрасте от 7 до 18 лет установлена возрастающая роль неврозогенного фактора при переходе от начальных к старшим классам (от 25,6 до 50,5 % случаев).

В это время как процесс образования может рассматриваться в качестве одного из возможных этиологических моментов при невротической декомпенсации (с учетом сделанных ранее оговорок), убедительной взаимосвязи между уровнем образования и частотой заболеваемости неврозами не выявлено. Согласно нашим данным, среди 643 больных неврозами 186 имели среднее образование, 147 — высшее и 124 — начальное. А. П. Федоровым (1977) на другой группе больных нашей клиники показано, что по уровню образования больные с основными формами неврозов существенно не различаются. В целом у больных неврозом навязчивых состояний уровень образования самый высокий, у больных истерией — самый низкий. Процент неудовлетворенности полученным образованием самый высокий у больных истерией (49), у больных неврастенией он составляет 44, неврозом навязчивых состояний — 19.

Не выявлено различий между больными с разными формами неврозов по такому показателю, как время начала трудовой деятельности. Выбор профессии в соответствии с интересами наиболее часто (73 % случаев) отмечался при неврозе навязчивых состояний, реже (55 %) — при истерии, еще реже — при неврастении (51 % случаев). Различия приближаются к статистически значимым. Случайный выбор профессии наименее характерен для больных неврозом навязчивых состоя-

ний (18 % случаев) и наиболее — для больных неврастенией (41 % случаев).

Удовлетворенность выбранной профессией высокая в группах больных неврастенией (84 %) и неврозом навязчивых состояний (82 %) и ниже у больных истерией (65 %).

Больные неврастенией и неврозом невязчивых состояний характеризуются большей частотой высокой производственной оценки (соответственно 52 и 55 %) по сравнению с больными истерией (35 %). Положительное отношение к своей работе чаще всего отмечалось в группе больных неврастенией (92 %) и реже всего — истерией (69 %). Повышение по службе выявлено у 51 % больных неврастенией, 37 % — истерией, 32 % — неврозом навязчивых состояний. Частая смена характера и места работы наиболее типична для больных истерией (соответственно 13 и 20 %) и наименее — для больных неврастенией (соответственно 3 и 10 %). Удовлетворенность своими производственными показателями до болезни в группах неврастении и невроза навязчивых состояний отмечалось соответственно у 72 и 68 % больных, в группе истерии — у 58 %.

Вопрос о возможной неврозогенной вредности отдельных профессий изучался нами на 643 больных. 82 из них принадлежали к инженерно-техническому составу, медицинских работников было 55, педагогов — 46, учащихся (техникумов и вузов) — 33, финансово-экономических работников — также 33, разнорабочих — 25, слесарей — 21, сельскохозяйственных рабочих — 13. Остальные профессиональные группы были представлены единичными больными. В связи с тем что инженерно-технические, медицинские, финансово-счетные работники, педагоги и учащиеся не составляют групп, преобладающих в населении, то, очевидно, они заслуживают в психогигиеническом плане особого внимания.

Однако, признавая роль профессионального фактора в качестве одной их возможных причин неврозов, необходимо ответить на вопрос, существуют ли такие формы неврозов, в происхождении которых исключительное или преобладающее значение приобретает производственный фактор (техногении или технопатии). Ближе всего к таким формам так называемые прфессиональные дискинезии, однако этиопатогенез и этих специфических нарушений многофакторно обусловлен при ведущей роли в нем психотравмирующего момента. Вместе с тем бесспорно,

что во многих случаях в возникновении невроза определяющее значение играет психотравматизация от рабочей среды и от «производственного климата». В числе психотравмирующих моментов, как указывается в литературе, здесь может выступать и отрицательный эмоционально-волевой настрой индивида к труду вообще или к собственной профессии, что может определяться низким общественным сознанием, отсутствием трудовых навыков, неудовлетворенностью профессией, так как в силу ее ограниченности она не позволяет полностью реализовать знания и способности человека; неэтичные, недоброжелательные отношения в коллективе, чему может способствовать нерациональная организация труда, сверхтребовательность, штурмовщина и т. д.

Перечень указанных моментов психотравмирующего характера, конечно, не является специфическим для той или иной профессии. По существу речь идет об общем факторе — неумелой и неправильной организации трудового процесса, что в современных условиях приводит к психотравматизации и в ряде случаев к развитию невротических состояний.

Мы уже указывали ранее в одной из наших публикаций, что интенсификация производственного процесса, так же как и самой жизни, сама по себе не является патогенной. Именно поэтому миллионы людей, находящихся в самой гуще научно-технической революции, не заболевают неврозами, а заболевают ими чаще как раз те, кто стоит в стороне от социально-производственной жизни. Неврозы возникают не в обстановке трудового, творческого напряжения, а лишь при наличии психотравматизации личностного характера, обусловленной нарушением отношений личности со средой.

Большой интерес в связи с указанным представляет клинико-статистический анализ результатов эпидемиологического обследования, осуществленный В. Ф. Десятниковым (1974). Им было показано, что в активном возрасте (30—59 лет) уровень болезненности неврозами среди занятых трудом лиц ниже, чем среди иждивенцев и пенсионеров.

При анализе приведенного выше материала неизбежно возникает вопрос: отличаются ли психотравмирующие обстоятельства у больных неврозами от тех, которые нередко встречаются в повседневной жизни и у здоровых людей? Данные современной медико-психологической и социально-психологической литературы позволяют отве-

тить на поставленный вопрос скорее отрицательно, и это находит объяснение в той концепции неврозов, которая была разработана В. Н. Мясищевым и развивается его сотрудниками и учениками [Карвасарский Б. Д., 1969, 1985; Тупицын Ю. Я., 1970; Зачепицкий Р. А., 1973; Мурзенко В. А., 1975; Шкловский В. М., 1975; Мягер В. К., Федоров А. П., 1977; Исурина Г. Л., 1983; Ташлыков В. А., 1984, и др.]. Важным в концепции является положение о том, что патогенность внешних обстоятельств жизни проявляется лишь в сочетании с соответствующим значимым отношением к ним личности. Для человека имеет значение не столько объективная трудность проблемы, сколько субъективное отношение к ней. В свою очередь особенности личности, системы ее свойств и отношений могут быть поняты лишь из истории ее развития в определенной социально-бытовой среде. Психологический конфликт, играющий определяющую роль в этиопатогенезе невроза, представляет собой несовместимость, столкновение противоречивых отношений личности. Присущие конфликту переживания становятся источниками невроза лишь в том случае, если они занимают центральное место в системе отношений личности к действительности.

В указанном плане представляет интерес исследование И. А. Бросалиной и соавт. (1988), выполненное в нашей клинике, в котором сравнивались степень выраженности и содержание «внешних» конфликтных ситуаций у здоровых и больных неврозами. Во всех трех изучавшихся сферах (супружеские отношения, взаимоотношения с ближайшим окружением, производственная сфера) уровень конфликтности у здоровых исследуемых оказался достоверно выше, чем у больных неврозами. Эти результаты свидетельствуют не столько о меньшей степени конфликтности в сфере межличностного функционирования у больных неврозами по сравнению с группой здоровых людей, сколько о более низкой степени осознания ими имеющихся противоречий и конфликтов, что может рассматриваться как следствие действия защитных механизмов невротической природы (см., в частности, результаты исследований Г. Л. Исуриной и Е. В. Кайдановской в главе 9).

Ранжирование уровней конфликтности в трех сферах не обнаружило различий между исследованными группами: и для больных неврозами, и для здоровых исследуемых наиболее конфликтными оказались 1-я и 2-я

сферы, наименее — взаимоотношения в производственной жизни. Анализ половых различий выявил более высокий уровень межличностных конфликтов у женщин как в группе больных неврозами, так и в группе здоровых. На содержательном же уровне между группами установлены существенные различия. Для больных неврозами в большей степени характерны конфликты в сфере эмоциональных отношений, а также выраженная инфантильная, эгоцентрическая и пассивная позиция в межличностном взаимодействии, что подтверждает положение о доминирующей роли внутренней невротической проблематики и внутренних конфликтов в происхождении невротических расстройств.

Резюмируя материалы, изложенные в данной главе, следует прежде всего отметить, что они в целом подтверждают необходимость и перспективность изучения всей совокупности биологических, психологических и социальных аспектов этиологии неврозов. Подход к проблеме происхождения неврозов с позиций полифакторной этиологии в большей степени, чем другие, соответствует современному уровню наших знаний об их природе и наиболее адекватен стремлению углубить эти знания. То, к чему мы должны были бы стремиться сегодня, — это попытка ранжирования «факторов риска», детерминирующих развитие невроза, принимая в то же время во внимание правильное замечание Хр. Христозова и соавт. (1976), что следует избегать переоценки, абсолютизации роли одних этиологических факторов и недооценки роли других.

Две основные трудности стоят на этом пути: это, во-первых, наличие многомерных зависимостей между этиологическими факторами и невротическими расстройствами, необходимость при объяснении происхождения последних учитывать всю их совокупность и, во-вторых, объединение в ходе исследования различных невротических состояний в одну группу, именуемую чаще неврозом, реже — формами неврозов, иными словами, отсутствие соответствующей сложности проблемы клинической систематики неврозов.

Некоторые дополнительные, хотя и косвенные, сведения, дающие представление о соотносительной роли различных этиологических факторов, содержатся в главе 9, в которой рассматривается прогностическое значение при неврозах биологических, психологических и социальных их характеристик.

Глава 6. ПАТОГЕНЕЗ НЕВРОЗОВ

НЕЙРОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЙ АСПЕКТ

Нейродинамическая концепция неврозов И. П. Павлова. Эта концепция явилась первой в истории изучения неврозов попыткой создания целостных, патофизиологически обоснованных представлений о механизмах их развития. В основу ее легли разработанное И. П. Павловым учение о типах высшей нервной деятельности (в том числе специально человеческих типах, характеризующихся определенными особенностями соотношения первой и второй сигнальных систем и коры и подкорки), об экспериментальных неврозах у животных и анализ невротических состояний у человека [Павлов И. П., 1954, 1955], развитые в клинике и эксперименте рядом его учеников и последователей [Быков К. М., 1942, 1956; Анохин П. К., 1956; Трауготт Н. Н. и др., 1957; Гаккель Л. Б., 1960; Платонов К. И., 1962; Давиденков С. Н., 1963; Иванов-Смоленский А. Г., 1974; Липгарт Н. К., 1978, и др.].

Определение неврозов, данное И. П. Павловым, отражая их физиологическую сущность, получило широкое признание. Как известно, под неврозом И. П. Павлов понимал хроническое длительное нарушение высшей нервной деятельности, вызванное перенапряжением нервных процессов в коре больших полушарий действием неадекватных по силе или длительности внешних раздражителей. При этом он указывал, что срыв высшей нервной деятельности может быть обусловлен перенапряжением раздражительного, тормозного процесса или их подвижности.

В учении И. П. Павлова о неврозах нашло освещение не только определение невроза, но и ряд принципиальных вопросов, относящихся к этой проблеме. Подчеркнуто, что к неврозам могут быть отнесены лишь психогенные заболевания, т. е. те случаи, в которых срыв высшей нервной деятельности происходит в результате неблагоприятных влияний на психику трудных жизненных обстоятельств и потрясений. Таким образом, были установлены четкие границы между неврозами как психогенными заболеваниями нервной системы и функциональными расстройствами нервной системы непсихогенной природы, имеющими другую этиологию (инфекции, интоксикации, травмы и др.).

Одним из ключевых в павловской концепции неврозов

явилось положение о связи клинических форм неврозов с типами высшей нервной деятельности, позволившее впервые рассмотреть классификацию неврозов не только на клинической, но и на патофизиологической основе.

Показано, что тип высшей нервной деятельности, выступая в качестве «почвы» при неврозе, может либо облегчать его возникновение (слабый тип), либо препятствовать невротическому срыву. Основываясь на результатах исследований, выполненных в лабораториях И. П. Павлова на животных, Л. Б. Гаккель (1960), С. Н. Давиденков (1963), С. Н. Доценко, Б. Я. Первомайский (1964), А. Г. Иванов-Смоленский (1974) указали на динамичность типологических свойств человека. Включая в себя врожденные, главным образом наследственно обусловленные, особенности нервных процессов, тип нервной системы вместе с тем может изменяться в определенных пределах под влиянием средовых воздействий. Основными поставщиками неврозов, по И. П. Павлову, являются крайние варианты нормы, прежде всего слабый тип, однако не исключено их возникновение и у представителей сильного типа при значительной выраженности патогенного воздействия. Неврастения возникает у людей со слабым или сильным неуравновешенным (безудержным) и повышенно-тормозным типом, средним в отношении сигнальных систем; истерия — у представителей слабого художественного типа с преобладанием подкорковой деятельности над корковой; психастения (которую И. П. Павлов относил к неврозам) — у людей мыслительного типа с болезненным преобладанием кортикальной деятельности над субкортикальной.

С позиций нейродинамической концепции неврозов получили объяснение как общие патофизиологические механизмы основных форм неврозов, так и их клинические проявления. Эти вопросы исчерпывающе изложены в работе А. Г. Иванова-Смоленского (1974). Отметим здесь лишь некоторые нейродинамические характеристики неврозов.

По И. П. Павлову, в основе полноценного личностного функционирования лежит взаимосвязанная деятельность трех систем: ближайшей к мозговой коре подкорки с ее сложнейшими безусловными рефлексами (т. е. инстинктами), представляющими собой низшую инстанцию для соотношений организма со средой; первой кортикальной сигнальной системы, непосредственно отражающей окружающий мир, и второй сигнальной системы, обеспе-

чивающей наиболее тонкие и сложные взаимоотношения человека с внешней, главным образом социальной, средой. Для истерии характерно «постоянное разъединение этих систем с резким нарушением их естественной и закономерной соподчиненности», на что указывал И. П. Павлов в своей работе «Проба физиологического понимания истерии» (1932). В этой же работе И. П. Павлов изложил основы нейродинамического понимания ведущих проявлений истерического невроза. Развивая эти положения, А. Г. Иванов-Смоленский указывает, что наличие патологической внушаемости и самовнушаемости создает возможности нарушения при истерии во всех трех основных вертикальных системах головного мозга: 1) кортикально-пирамидной («интеллектуальной»), осуществляющей руководство произвольными движениями и речевой деятельностью; 2) кортико-экстрапирамидной («эмоциональной») — повышение прежде всего пантомимико-вегетативно-экспрессивных реакций, нарушения в сфере инстинктов, гиперкинезы, дискинезии и др.; 3) в восходящей ретикулярной системе, регулирующей тонус высших отделов головного мозга. Как отмечает автор, среди расстройств, относящихся ко всем трем системам, с наибольшей яркостью выступают нарушения кортико-экстрапирамидной деятельности (повышенная аффективность, диссоциация кортикальных и субкортикальных, инстинктивных взаимоотношений и т. д.).

Если ряд истерических симптомов может быть понят, исходя из характерного для больных истерией преобладания подкорки над корой (по И. П. Павлову), с растормаживанием подкорковых вегетативных функций, то другие истерические проявления имеют иное происхождение. Так, в случаях иррадиации торможения с коры на нижележащие подкорковые отделы наблюдаются фригидность и импотенция. Упоминавшиеся нами при описании сексуальных нарушений у больных истерией особенности, заключающиеся в том, что представления эротического содержания часто оказывают на больного большее возбуждающее действие, чем реальная сексуальная ситуация, могут быть объяснены в нейродинамическом плане парадоксальной фазой в системе условных и безусловных сексуальных связей.

Механизм ультрапарадоксальной фазы, отмечает А. Г. Иванов-Смоленский, позволяет понять растормаживание амнезированных, «вытесненных» («внесознательных») патодинамических структур, отражающих те или

иные тягостные для больного конфликтные ситуации, когда-то пережитые им, но позднее инвербализованные, т. е. утратившие связи со второй сигнальной системой.

Рассматривая нейродинамические характеристики невроза навязчивости, следует иметь в виду, что И. П. Павлов видел различие между навязчивыми симптомами (патофизиологически более простым явлением) и психастенией как выражение особого склада личности. Патофизиологической основой навязчивых состояний И. П. Павлов считал явления патологической инертности нервных процессов. Простейшую модель навязчивых симптомов он усматривал в «изолированных больных пунктах», «очагах застойного возбуждения». «В навязчивом неврозе, — писал И. П. Павлов (1951), — мы имеем чрезмерно, незаконно устойчивые представления, чувства и действия, не отвечающие правильным, общеприродным и специально-социальным отношениям человека и потому приводящие его в трудные вредоносные столкновения как с природою, так и с другими людьми, а прежде всего с самим собою». Если в основе многих навязчивостей лежат, согласно взглядам И. П. Павлова, чрезмерно прочные условные связи, не угасающие вследствие патологической инертности соответствующих участков мозга, то в других случаях это может быть и механизм парадоксальной (например, навязчивое воспроизведение несущественных деталей) и ультрапарадоксальной фаз (контрастные навязчивости).

Для фобий характерна пассивно-оборонительная реакция. В основе одних фобий лежит механизм патологического инертного возбуждения (как при эрейтофобии), в основе других — при болезненной задержке какой-либо функции — механизм патологического застойного инертного торможения (у больных с агорафобией и клаустрофобией).

В отличие от истерии и невроза навязчивости при неврастении отмечаются общие расстройства корковой динамики, нарушения взаимодействия коры с нижележащими отделами. И. П. Павлов выделял две уже упоминавшиеся формы неврастении: гиперстеническую (с патологически повышенной возбудимостью вследствие ослабления условного торможения) и гипостеническую (с повышенной истощаемостью нервного возбуждения и с патологическим преобладанием охранительно-запредельного торможения). Нейродинамическая сущность первой формы неврастении делает понятной наличие в ее картине

общей раздражительности, несдержанности, нетерпеливости, в то время как при второй форме преобладают симптомы астении с понижением работоспособности, быстрой утомляемостью, ослаблением внимания и др.

В нейродинамическом плане синдром раздражительной слабости, столь характерный для неврастении, обусловлен быстрой истощаемостью нервного возбуждения и одновременно патологической подвижностью, взрывчатостью раздражительного процесса.

Нарушения кортико-субкортикальных взаимоотношений, обычные при неврастении, объясняют наличие в ее клинической картине разнообразных вегетативных расстройств.

Укажем также на ряд других исследований, в которых были уточнены и развиты отдельные положения, сформулированные И. П. Павловым.

Н. А. Крышовой и соавт. (1965) было обследовано 1227 больных неврозами. Подавляющее большинство из них преморбидно характеризовались слабым или промежуточным типом высшей нервной деятельности. Авторы установили также типичное для этих больных в преморбиде нарушение подвижности и силы нервных процессов при относительно большем ослаблении у многих из них тормозного процесса. У больных истерией отмечено преобладание первой сигнальной системы, а у больных неврастенией — уравновешенность сигнальных систем или реже преобладание второй сигнальной системы.

Последнее положение разделяется не всеми авторами. Так, Б. Я. Первомайский (1974) в принципе исключает возможность развития неврастении у лиц с преобладанием одной из сигнальных систем. В то же время несколько ранее Т. С. Истаманова (1958) при обследовании 50 больных неврастенией установила преобладание первой сигнальной системы у 2 больных, у 1 больного — преобладание второй сигнальной системы.

Клинические и патофизиологические исследования Б. Я. Первомайского (1974) позволили ему наряду с гиперстенической, гипостенической и лабильной формами неврастении выделить еще четвертую ее форму — инертную, возникающую у больных с типологической инертностью основных нервных процессов при воздействии на этих лиц факторов внешней среды, предъявляющих особые требования к подвижности нервных процессов.

Отметим также положение, подчеркнутое в монографии М. С. Лебединского и В. Н. Мясищева (1966) и каса-

ющееся соотношения сигнальных систем в норме и при неврозах: если в норме у здоровых людей преобладание первой или второй сигнальной системы наблюдается вследствие более высокого развития, то при неврозах — из-за недостаточности одной из систем.

В плане развития учения о типах высшей нервной деятельности человека следовало бы из многих работ отметить исследования Б. М. Теплова (1961), Н. Ф. Небылицына (1966, 1974, 1976) и их сотрудников, позволивших, в частности, в качестве основных свойств нервной системы выделить силу нервной системы по возбудимости, указавших на возможность перевеса торможения над возбуждением, развивших представление о слабом типе, сильной стороной которого выступает более тонкая чувствительность. Большой интерес представляют работы Г. К. Ушакова и сотр. [Ушаков Г. К., 1976; Пивоварова Г. Н., Панасюк А. Ю., 1976; Маслова А. Ф. и др., 1976], направленные на выяснение физиологической сущности темперамента путем изучения соотношения некоторых (значимых и в плане клиники неврозов) показателей, таких как экстраверсия-интроверсия, нейротизм. Имеются данные о связи их с общим типом нервной системы, в частности с силой, уравновешенностью нервных процессов и др., с электроэнцефалографическими и нейромедиаторными характеристиками.

Выявленные авторами взаимозависимости, отражающие особенности корково-подкорковых отношений в характере темперамента, могут оказаться существенно важными при установлении уровней психофизиологического гомеостаза, а также прогнозировании его нарушений в условиях нервно-психического перенапряжения.

Говоря о перспективах развития проблемы индивидуальных (типологических) особенностей высшей нервной деятельности, П. В. Симонов (1974) указывает, что традиционные методики диагностики типов давали возможность судить лишь о так называемых частных свойствах нервной системы, чем и объясняется сравнительно малая ценность этих методик для клиники. Он полагает, что перспективными для выявления наиболее существенных общих свойств нервной организации являются исследовательские поиски, внимание в которых акцентируется на изучении мотивационно-регуляторных систем, определяющих уровень активации высших отделов мозга и особенностей эмоциональной сферы индивида. В работах М. Г. Айрапетянца (1982), П. В. Симонова (1984) вновь делается акцент на роль

различных индивидуальных проявлений поведения животного в патогенезе экспериментального невроза и типа высшей нервной деятельности — в патогенезе невроза у человека. Подчеркивается, что характеристика типа нервной системы должна включать всю совокупность врожденных и приобретенных свойств нервной системы, определяющих характер взаимодействия организма со средой. С учетом данных современной нейрофизиологии становятся очевидными обоснованность и перспективность такого рода исследований для развития учения о механизмах неврозов.

Патогенез неврозов в свете современной нейрофизиологии. Из многочисленных направлений нейрофизиологии, опирающихся на электрофизиологические исследования, по проблеме неврозов относительно больше получено результатов с помощью метода электроэнцефалографии, позволяющего анализировать ЭЭГ как результат взаимодействия между кортикальными и субкортикальными активирующими структурами. Следовательно, существует возможность решать такие вопросы, как соотношение коры и подкорковых структур, коры и ретикулярной формации и др.

При изложении данных электроэнцефалографического исследования больных неврозами, углубляющих наши представления о патофизиологических механизмах этих заболеваний, мы будем опираться на работы В. В. Бобковой (1970, 1971), В. В. Бобковой, Н. В. Щукиной (1981), выполненные в нашей клинике, в которой на современном методическом уровне освещаются особенности электрической активности мозга при невротических состояниях.

В. В. Бобкова (1970) обследовала стационарных больных, в том числе 120 больных неврастенией, 72 — истерией и 73 — неврозом навязчивых состояний. Полученные материалы были подвергнуты анализу в следующих аспектах: 1) основные типы изменений фоновой электрической активности коры больших полушарий и ЭЭГ-реакций на сенсорные раздражители и их соотношения с основными формами неврозов; 2) особенности ЭЭГ-реакций на словесные раздражители; 3) характер изменений электрической активности у больных неврозами с доминирующими вегетативными (в том числе сердечно-сосудистыми) расстройствами; 4) особенности изменений фазовых соотношений альфа-ритма в разных областях коры больших полушарий и пространственная синхронизация биопотенциалов у больных неврозами; 5) резуль-

таты применения кросс-корреляционного метода для анализа электрической активности коры головного мозга при неврозах.

Общими для всех больных неврозами особенностями электрической активности коры головного мозга, выявляемой на ЭЭГ, являются неустойчивость и нерегулярность корковой ритмики, атипичная выраженность альфа-активности в лобных областях коры, наличие многочисленных острых колебаний и альфаподобных выбросов, полиморфных медленных волн, а также различные ЭЭГ-реакции на перво- и второсигнальные раздражители [Бобкова В. В., 1971; Мягер В. К., 1976].

Вместе с тем в состоянии доминирующего ритма в группах больных с разными формами неврозов наблюдаются четкие различия. Преобладание на ЭЭГ больных каждой группы ритма определенного диапазона, особенности его пространственного распределения в сочетании с другими компонентами ЭЭГ, а также особенности реактивных изменений при сопоставлении с клинической картиной заболевания позволяют судить о вариантах нарушений корково-подкоркового взаимодействия. Существует определенная взаимосвязь между преобладанием различного типа изменений на ЭЭГ и формой невроза. В то же время следует отметить, что при любой из клинических форм неврозов встречаются разные варианты ЭЭГ-изменений. У больных истерией чаще наблюдаются ЭЭГ с преобладанием синхронизированного, распространенного на передние области коры альфа-ритма (амплитуда от 40 до 70 мкВ, индекс 65—100 %), наличием билатеральных генерализованных вспышек альфа-активности и сглаживанием регионарных различий. Реакции на раздражения большей частью нормальные (56,6 %) либо ослабленные; реакция усвоения ритма имеет генерализованный характер, возникает обычно при более низких частотах световых раздражений и нередко сопровождается появлением острых волн. Эта картина электрической активности отражает снижение тонуса коры головного мозга вследствие частичной заблокированности активирующих влияний со стороны ретикулярной формации мезодиэнцефального уровня.

У части больных истерией можно отметить неустойчивость фона ЭЭГ, полиритмию, выраженность острых волн и вспышек острых и медленных колебаний, а также асимметрию активности височных областей коры и изменения корреляционных соотношений биопотенциалов, что

в сочетании со слабой выраженностью ЭЭГ-реакций на словесные воздействия и особенностями нарушений в эмоциональной сфере у этих больных имеет важное значение для характеристики этой формы невроза.

У большинства больных неврозом навязчивых состояний ЭЭГ представлена доминирующей быстрой активностью: альфа-ритм имеет невысокую амплитуду (15—25 мкВ) и индекс (25—40 %), нерегулярный по характеру выявления. В передних областях коры эпизодически возникают билатерально синхронизированные вспышки медленной активности, чаще тета-диапазона, либо единичные медленные колебания. Реакция усвоения ритма возникает на более высокие частоты световых раздражений, имеет генерализованный характер и сопровождается повышением амплитуды ответов в передних областях коры. Подобные изменения ЭЭГ обусловлены усилением тонизирующих влияний со стороны ретикулярной системы вследствие ее повышенной возбудимости. Для больных неврозом навязчивых состояний характерно также появление распространенных вспышек медленных и острых волн при обострении обсессивных расстройств.

Для неврастении более характерен третий тип ЭЭГ-изменений, выражающийся в преобладании медленных тета- и дельта-волн, нерегулярности и недостаточной выраженности альфа-ритма (амплитуда 25—40 мкВ, индекс 40—65 %) и значительной неустойчивости фона ЭЭГ. У этих больных наблюдаются преимущественно инверсные (у 48,2 %) либо ослабленные (у 42,6 %) реакции на активирующие воздействия, а также отсутствуют либо появляются реакции усвоения ритма лишь при низких частотах световых раздражений. Картина изменений электрической активности при неврастении может быть объяснена не только как результат снижения физиологической лабильности дезактивированной коры головного мозга, но и тормозным состоянием самой ретикулярной системы.

Таким образом, у больных неврозами отмечаются неустойчивость фона ЭЭГ и наличие вспышек альфа-волн и либо генерализованных медленных колебаний, либо билатерально-синхронных, преимущественно в передних областях коры, что, как известно, указывает на вовлечение в процесс глубоких структур мозга различного уровня [Вейн А. М., Соловьева А. Д., 1973; Бехтерева Н. П., 1974].

Для понимания патофизиологических механизмов

нарушений и клинических проявлений при неврозах большое значение имеет анализ ЭЭГ-реакций на словесные воздействия. В работах В. В. Бобковой показано, что ЭЭГ-реакции в ответ на словесные воздействия практически не зависели от типа фоновой электрической активности, а в основном были связаны с избирательной реактивностью коры головного мозга на раздражители, имеющие определенную значимость для больного. Изменения электрической активности мозга, а также целый комплекс вегетативных, двигательных и психических реакций, различно представленных у больных с основными формами неврозов, были особенно выраженными при предъявлении больным слов, связанных с психотравмирующей ситуацией, т. е. при воздействиях, затрагивающих «больные пункты» по И. П. Павлову.

Для лиц, страдающих истерией, характерным было избирательное повышение возбудимости коры головного мозга по отношению к более эмоционально значимым словесным раздражителям, а иногда и патологическое усиление реакций. У больных неврастенией изменения ЭЭГ свидетельствовали о повышении возбудимости коры головного мозга и легкой ее истощаемости. Изменения ЭЭГ в ответ на словесные воздействия у больных неврозом навязчивых состояний имели большую дифференцированность и отчетливую выраженность в лобных областях коры на слова, входящие в структуру навязчивости, возможно, в связи с повышением возбудимости преимущественно в этих отделах коры больших полушарий, более тесно связанных с деятельностью второй сигнальной системы, а также с более высокой реактивностью психогенно обусловленного динамического очага. Изменения электрической активности, возникающие при эмоционально значимых словесных воздействиях у больных неврозом навязчивых состояний, длительно сохранялись при повторных исследованиях, что свидетельствовало об устойчивости образовавшихся очагов застойного возбуждения или торможения в коре головного мозга и вторично в подкорковых образованиях.

Таким образом, результаты ЭЭГ-исследований в условиях воздействия эмоционально-значимыми словесными раздражителями способствуют раскрытию патогенетической содержательной сущности при неврозах павловского понятия болезненного застойного пункта.

Представляют интерес данные обследования больных неврозами с преимущественно вегетативными расстрой-

ствами, наиболее часто встречающимися в современной клинике неврозов. На ЭЭГ для них было характерным преобладание в центральных областях коры мозга медленной тета-активности, а также наличие эпизодически возникающих билатерально-синхронных либо генерализованных вспышек альфа- и медленных тета- и дельта-волн, что свидетельствовало о вовлечении в процесс и дисфункции срединных структур мозга. Наблюдающееся у больных этой группы чередование синхронизированной альфа- и медленной тета- и дельта-активности свидетельствует о неустойчивости уровня бодрствования и о колебаниях уровня активации неспецифической стволовой системы. Усиление вспышек и пароксизмов медленных тета- и дельта-волн и альфа-ритма наряду с появлением высоких кожно-гальванических реакций, аритмией дыхания и сердечной деятельности при ритмической световой стимуляции и особенно при эмоционально значимых воздействиях можно объяснить возбуждением мезодиэнцефальных структур мозга. Это тем более вероятно, что при неврозах вегетативные нарушения чаще протекают приступообразно и также склонны усиливаться при эмоциональном возбуждении.

Исследование системной организации электрических процессов головного мозга (характер изменений фазовых соотношений альфа-ритма в разных областях коры больших полушарий, пространственной синхронизации биопотенциалов, результаты применения кросс-корреляционного метода для анализа электрической активности коры головного мозга у больных неврозами) позволило В. В. Бобковой получить ряд дополнительных данных, характеризующих участие различных отделов мозга в формировании отдельных форм неврозов.

При истерии более отчетливые ЭЭГ-изменения касались теменных и особенно височных областей. Этих больных, по-видимому, отличает неполноценность функции систем (височная и лимбическая кора, гиппокамп), интегрирующих эмоциональные реакции. Об этом говорят, помимо отмеченной ранее невыраженности ЭЭГ-изменений при словесных воздействиях, особенности электрической активности височных областей и корреляционных функций (участки с четкой однонаправленностью изменений биопотенциалов выявляются в симметричных височных, теменных и затылочных областях коры больших полушарий).

У больных неврозом навязчивых состояний наблю-

дается изменение ЭЭГ преимущественно в лобных областях коры больших полушарий, на что указывают преобладание синфазного характера изменений альфа-ритма в лобных и затылочных областях, изменение корреляционного соотношения активности этих областей (участки с более высоким коэффициентом корреляции в состоянии покоя возникают преимущественно в лобных областях коры, принимающих участие в сложных ассоциативных процессах и осуществлении поведенческих актов) и наличие высоких корреляций при словесных воздействиях в лобных долях коры.

При неврастении отмечено повышенное количество участков коры с однонаправленным изменением потенциалов в височных, центральных и лобных областях.

В целом данные В. В. Бобковой показывают, что каждый тип невроза характеризуется определенными особенностями в «активационном узоре» коры больших полушарий, выявляемом на ЭЭГ.

В тех случаях, когда неврозы сочетаются с органическими заболеваниями головного мозга или возникают на фоне резидуальной органической недостаточности, на ЭЭГ наблюдаются более стойкие изменения электрической активности (асимметрии, очаги ирритации, патологические медленные волны и др.), чем это обычно наблюдается при «чистых» неврозах.

У больных неврозами с диэнцефальной недостаточностью, по данным В. В. Бобковой (1971) и В. К. Мягер (1976), в соответствии с исследованиями и других авторов изменения на ЭЭГ наблюдаются преимущественно в лобно-центральных областях в форме вспышек в обоих полушариях синхронных медленных тета-волн большой амплитуды, усиливающихся при звуковых раздражениях. Амплитуда этих билатерально выявляющихся, нередко синфазных волн выше, чем фоновая активность. Выявляется также асимметрия биотоков в височных областях. Отмеченные изменения трактуются как результат снижения тонуса коры больших полушарий и усиления влияний деятельности подкорковых структур.

Из работ последних лет по рассматриваемой проблеме следует указать на исследования А. М. Вейна (1982), А. А. Кирпиченко, А. А. Пашкова (1986), И. А. Святогор и соавт. (1987), в которых изучались особенности ЭЭГ и вызванных потенциалов у больных неврозами. Основной вывод, к которому приходят авторы: для суждения

о нейрофизиологических механизмах неврозов при анализе полученных данных должны учитываться особенности клинических проявлений заболевания (психопатологические, эмоционально-личностные, характер ведущего синдрома и др.) при различных функциональных состояниях мозга и в динамике болезни.

В ряде исследований, выполненных в нашей клинике [Карвасарский Б. Д. и др., 1987; Кульгавин Л. М., 1988, и др.], клинические проявления неврозов в динамике лечения определялись с учетом особенностей межполушарной функциональной асимметрии мозга. Характер последней выявлялся с помощью методики дихотического прослушивания, позволяющей определять доминантность полушария по речи. Установлено различное участие правого и левого полушарий головного мозга в формировании структуры клинических симптомокомплексов и их трансформации при разных формах неврозов в процессе психотерапии. Полученные данные использованы при разработке психотерапевтических программ, в частности для выбора более адекватного клинической картине невроза соотношения собственно когнитивных, эмоциональных и поведенческих воздействий в ходе лечения неврозов.

В плане развития вопросов нейрофизиологии неврозов большой интерес представляют клинико-экспериментальные исследования А. Г. Лещенко (1971, 1974) и его сотрудников, направленные на изучение патологии лимбических отделов мозга. Если при органической лимбической патологии, указывает автор, первичными являются биологические звенья патогенеза, а вторично вовлекаются специальные компоненты личности, то в случае невроза на первое место выходит личностный конфликт с реализацией его через интрапсихические и психосоматические каналы подсознательного. Сходство между неврозоподобными нервно-психическими нарушениями при патологии лимбических отделов мозга и собственно невротическими расстройствами не ограничивается, как отмечает А. Г. Лещенко, лишь частными, конкретными патологическими механизмами, но заключается в том, что при обеих формах патологии осуществляется активный поиск новых адаптационных механизмов — мобилизации восходящей системы неспецифической активации, включения стрессорных механизмов и др.

Среди нейрофизиологических исследований особого внимания заслуживают работы А. М. Вейна и его сотруд-

ников [Вейн А. М., Родштат И. В., 1974; Вейн А. М., 1982, и др.], в которых акцентируется внимание на различных аспектах проблемы «неврозы и мозг». Так, представляют интерес данные авторов о достоверном соотнесении некоторых функциональных неврологических феноменов с нейродинамически активным очагом гипоталамической дисфункции. Показано влияние локальной дисфункции лимбико-ретикулярного комплекса на особенности личности, отмечена роль диффузных нейродинамических сдвигов в характере невротической эмоциональности. Аспект кортикального и подкоркового при неврозах обсуждается с учетом представлений о вертикальной организации мозговых функций и наличия в мозге специфических и интегративных отделов (лимбико-ретикулярный комплекс, неспецифические зоны коры). Из различных фактов здесь необходимо отметить полученные авторами данные о сочетании дефектности плаща и подкорковых структур более чем у $^1/_3$ больных неврозами, у меньшего числа — дефектности только подкорковых структур либо только плаща. Заслуживает внимания также аспект правого и левого полушарий мозга, тесно связанный с принципиально важным вопросом о значении так называемой функциональной асимметрии для формирования неврозов. Показаны большая эмотивность больных неврозами при сопутствующей дефектности правого полушария, более яркие проявления эмоциональных и вегетативных нарушений при поражении правой височной доли и др. Отмечена также роль в невротическом симптомообразовании сопряженности систем вегетативной регуляции и эмоционального контроля на лимбико-ретикулярном уровне.

Результаты исследований последнего периода позволили А. М. Вейну (1982, 1988) и его сотрудникам указать на два основных патофизиологических механизма, играющих важнейшую роль в патогенезе неврозов: активацию (восходящих систем и нисходящую активацию) и нарушение интегративной деятельности мозга, в частности лимбико-ретикулярного комплекса. Последнее, возможно, определяется и мозговой органической дефицитарностью, нарушающей регуляторные возможности мозга.

Результаты, полученные указанными выше авторами при неврологических и нейрофизиологических исследованиях, так же как и данные многих других исследователей, соответствуют точке зрения, что в основе патогенеза

неврозов лежит расстройство функций интегративных систем мозга, среди которых наряду с корой больших полушарий мозга существенная роль принадлежит лимбико-ретикулярному комплексу.

* * *

В заключение нам хотелось бы коснуться вопроса, который, естественно, возникает при изложении современных представлений о патофизиологических механизмах неврозов, а именно соотношения между нейродинамической концепцией неврозов, созданной И. П. Павловым, и современными нейрофизиологическими направлениями, перспективами их использования в аспекте изучения патогенеза невротических состояний.

В настоящее время мы все еще встречаемся с двумя крайними представлениями по указанному вопросу. С одной стороны, это стремление сохранить основные положения нейродинамической концепции развития неврозов в их классическом виде при фактическом отрицании важности ряда направлений современной нейрофизиологии. С другой стороны, существуют (обычно завуалированный, возможно, не всегда полностью осознаваемый) отказ от патофизиологической концепции неврозов И. П. Павлова, отрицание ее ценности на данном этапе для дальнейшего развития учения о неврозах.

Более правильной является позиция, разделяемая большинством отечественных и многими зарубежными исследователями, согласно которой достижения современной нейрофизиологии позволяют с новых сторон углубить и расширить классические положения павловской физиологии и патофизиологии головного мозга, по-новому оценить роль различных отделов мозга в его сложной интегративной деятельности, формирующей характер приспособления организма к окружающей среде, и, следовательно, применительно к неврозам также углубить и расширить наши знания о механизмах их развития.

В числе достижений современной нейрофизиологии, имеющих важное значение в указанном выше плане, должны быть отмечены данные о ретикулярной формации, позволившие выявить морфологический субстрат мощных влияний на кору головного мозга со стороны

подкорково-стволовых его отделов, данные современной нейрохимии и нейроэндокринологии, позволившие лучше понять механизмы взаимодействия нарушений высшей нервной деятельности и вегетативно-эндокринно-обменных нарушений, данные исследования лимбической системы, таламуса, гипоталамуса и стриопаллидарных систем, позволившие расширить наши знания о механизмах аффективной деятельности [Иванов-Смоленский А. Г., 1974].

При интерпретации данных современной нейрофизиологии для понимания патогенеза неврозов должны быть учтены исследования, касающиеся диалектики взаимоотношений структуры и функции в условиях нормы и патологии. Применительно к проблеме неврозов это прежде всего вопросы так называемых функциональных и органических заболеваний [Струков А. И., Кактурский Л. В., 1977; Петленко В. П. и др., 1978; Саркисов Д. С. и др., 1988].

На субмикроскопическом уровне выделены различные церебральные изменения при неврозах, сведения о которых приводятся в монографиях М. М. Хананашвили (1978), М. Г. Айрапетянца, А. М. Вейна (1982), А. В. Вальдмана, Ю. А. Александровского (1987) и др.

Известно, что одной из основ для создания физиологической концепции неврозов И. П. Павловым послужило учение об экспериментальных неврозах. В последнее время вновь отмечается возрастающий интерес к моделированию неврозов на животных с учетом новейших достижений нейрофизиологии и максимально приближенных к человеческим неврозам по характеру условий их возникновения и симптоматике. Прежде всего необходимо указать на работы М. М. Хананашвили (1978, 1983), П. В. Симонова (1981, 1984), М. Г. Айрапетянца (1982, 1988), А. М. Вейна (1982), А. В. Вальдмана (1987), Н. Ф. Суворова (1978, 1988) и их сотрудников. Эти исследования касаются различных аспектов мозговых механизмов неврозов, выявляемых главным образом в условиях моделирования их у животных. Поскольку анализ этих работ не входит в задачу данного руководства, коснемся лишь основных их результатов.

Исследования М. М. Хананашвили по моделированию патологии высшей нервной деятельности такими воздействиями, как информационные перегрузки, информационный дефицит, нарушение внутривидовых и внутрипопуляционных взаимодействий, нарушение биологических

ритмов и др., разработанные им положения об экспериментальных информационных неврозах способствуют развитию понимания как нейрофизиологических основ неврозов у человека, так и в целом учения о высшей нервной деятельности. В основе возникновения экспериментального невроза, по М. М. Хананашвили, лежит следующая «информационная триада»: 1) необходимость обработки и усвоения большого объема высокозначимой информации (включая и необходимость принятия решения); 2) хронический дефицит времени, отведенного на такую работу мозга; 3) высокий уровень мотивации. При наличии «информационной триады» закономерно возникают экспериментальный невроз и разнообразные психосоматические расстройства. В последние годы сделаны попытки выделения и изучения этиологически дифференцируемых информационных неврозов, сравнения их по ряду клинических и других показателей с иными неврозами [Чхиквишвили Ц. Ш. и др., 1984, 1988; Сомунджян А. А. и др., 1984, 1988].

В мультидисциплинарных исследованиях М. Г. Айрапетянца (1977, 1982, 1988) анализ биоэлектрической активности коры головного мозга и структур лимбико-ретикулярного комплекса, нейромедиаторных систем и их соотношений проводился на модели экспериментальных неврозов у животных, вызываемых не только классическими приемами сшибки, но и созданием ситуации неопределенности, конфликта, неожиданного отказа в удовлетворении биологически важной потребности и др. В последние годы М. Г. Айрапетянцем (1982, 1988) выдвинута новая оригинальная гипотеза об участии церебральной гипоксии в патогенезе неврозов. При экспериментальных неврозах у животных получены убедительные факты о наличии ишемических изменений в мозге, в частности, в виде морфологических изменений со стороны сосудов головного мозга, изменений мозгового кровотока в сенсомоторной коре, структурах лимбико-ретикулярного комплекса. Об этом же свидетельствовал терапевтический эффект от применения субстанции «Р», а также антиоксидантов, обладающих антигипоксическим действием.

П. В. Симонов (1984) полагает, что выявленные М. Г. Айрапетянцем явления церебральной гипоксии при экспериментальном неврозе можно рассматривать в ряде других промежуточных нейрофизиологических и нейрохимических звеньев, располагающихся между мотивационным конфликтом, непереносимым для данного типа

нервной системы, и нарушением взаимодействия лимбических структур, ведущим к невротическим расстройствам.

В работах П. В. Симонова (1981, 1984) на основании экспериментов на животных и экстраполяции их результатов на неврозы у человека подчеркивается, что в основе неврозов лежит прежде всего нарушение нормального взаимодействия лимбических структур. Особенности этих нарушений, возможно, определяют и тип невроза. Так, патология системы лобная кора — гипоталамус приводит к клиническим проявлениям истерического невроза или невроза навязчивых состояний, нарушение функций системы гиппокамп — миндалина приводит к расстройствам типа неврастении, а при вовлечении в патологический процесс, помимо миндалины, передних отделов новой коры возникают психастенические расстройства.

Не вызывает сомнений огромное значение отмеченных выше исследований для дальнейшей разработки нейрофизиологических основ неврозов у человека.

Придавая существенное значение нейрофизиологическим исследованиям, проводимым в клинике и в эксперименте, для развития учения о неврозах, нельзя вместе с тем забывать, как отмечает К. К. Монахов (1976), что речь идет не об объяснении психических процессов с точки зрения нейрофизиологических, а о поисках той нейрофизиологической основы, на которой возникают те или иные психические акты и которая в принципе не исчерпывает механизма психической деятельности. В полной мере это относится также и к нервно-психическим нарушениям при неврозах.

Подчеркнем также общее положение, разделявшееся практически всеми участниками 9-го симпозиума «Интермозг» по проблеме неврозов (Берлин, 1988), о том, что экспериментальные и клинические неврозы неидентичны. Экспериментальные неврозы могут служить лишь моделью клинических неврозов, предназначенной для определения биологических основ невротических расстройств, с последующей возможностью поисков оптимизации путей их профилактики и лечения.

НЕЙРОХИМИЧЕСКИЙ АСПЕКТ

Биохимические аспекты неврозов в свете современных данных о нейрохимических механизмах нервно-психической деятельности. В течение последних двух десятиле-

тий резко возросло число исследований, в которых достижения современной биохимии, представление о роли нейрохимических систем мозга в нервно-психической деятельности в условиях нормы и патологии используются для более глубокого понимания патогенетических механизмов различных нервно-психических и соматических заболеваний [Митюшов М. И. и др., 1970, 1976; Анохина И. П., 1975; Levi L., 1972, и др.].

В значительной части этих исследований полученные результаты анализируются в аспекте общебиологической концепции стресса Ганса Селье [Selye H., 1973, 1974, 1982], в частности эмоционального стресса. Не вызывает сомнений, что этот аспект особенно близок к неврозам, так как именно неврозы в качестве психогенных заболеваний человека представляют собой в определенном смысле клиническую модель острого, а чаще хронического эмоционального стресса.

В течение последних двух десятилетий в отделении неврозов и психотерапии Института им. В. М. Бехтерева изучались различные стороны биохимии неврозов, представленные в ряде монографий и статей [Карвасарский Б. Д. и др., 1971; Иовлев Б. В., 1975; Губачев Ю. М. и др., 1976; Мягер В. К., 1976; Варшаловская Е. Б., 1985, и др.]. В этот же период исследования в указанной области проводились и другими авторами [Бахур В. Т., 1970, 1977; Парменов-Трифилов Б. И. и др., 1972; Ковалева З. Я., 1974; Турова Н. Ф. и др., 1974; Семке В. Я., 1975; Вейн А. М. и др., 1982; Чугунов В. С., Васильев В. Н., 1984; Мгалоблишвили Б. И., Чиркова С. К., 1987, и др.].

К сожалению, существуют большие трудности при попытках обобщения накопленных к настоящему времени результатов биохимических исследований при неврозах, что объясняется прежде всего их чрезвычайной многоплановостью и нередко противоречивостью результатов. Последнее обстоятельство обусловлено рядом причин. Это и отсутствие общепринятых критериев позитивной диагностики неврозов и отдельных их форм, проведение исследований на различных стадиях заболевания — в относительно остром и хроническом периодах, многообразие методик, используемых для определения биохимических показателей, различная квалификация лиц, проводящих исследования, а также ряд других трудностей (например, недостаточная техническая оснащенность лаборатории и др.).

С учетом сказанного представляется целесообразным рассмотреть литературные данные по мере анализа результатов, полученных в нашей клинике при организации комплексной программы психологических, биохимических и физиологических исследований, осуществлявшихся одновременно в нескольких группах больных неврозами. При этом ставились следующие задачи: 1) изучение у больных неврозами биохимических показателей, отражающих активность гипофизарно-адреналовой, симпатико-адреналовой, энтерохромаффинной систем и щитовидной железы; 2) исследование активности указанных систем у тех же больных в ситуации острого стресса; 3) анализ соотношений между биохимическими показателями и психологическими характеристиками личности, устанавливаемыми при экспериментальном исследовании; 4) исследование соотношений между биохимическими показателями активности нейрохимических систем и характеристиками электрической активности коры головного мозга.

Клиническим, эспериментально-психологическим и биохимическим методами обследовано 212 больных неврозами; 109 больным одновременно проводилась электроэнцефалография.

Ниже мы приводим также краткие сведения, характеризующие место и значение каждой нейрохимической системы в общей нейроэндокринной регуляции организма.

Симпатико-адреналовая система при неврозах. Симпатико-адреналовая система регулирует секрецию в организме адреналина и норадреналина. Основное влияние на нее со стороны центральной нервной системы осуществляется через область заднего подбугорья. Интерес к симпатико-адреналовой системе и ее нейрорегуляции связан с рядом работ [Кацнельсон З. С., Стабровский Е. М., 1975; Авакян О. М., 1977; Суворов Н. Ф., Суворов В. В., 1978; Euler U. S., 1972, и др.], в которых убедительно показана взаимосвязь уровня функциональной активности симпатико-адреналовой системы и изменений физиологических и метаболических реакций, необходимых для эффективной организации приспособительных реакций организма и обеспечения постоянства его внутренней среды. Многочисленными исследованиями установлено, что активность симпатико-адреналовой системы является важнейшим показателем различных эмоциональных состояний человека [Разумов С. А. и др.,

1972; Матлина Э. Ш. и др., 1975; Губачев Ю. М. и др., 1976; Васильев В. Н., Чугунов В. С., 1985; Levi L., 1972, и др.].

Основными биохимически активными веществами симпатико-адреналовой системы являются катехоламины: адреналин, норадреналин и дофамин. В качестве источников адреналина и норадреналина служат прежде всего мозговой слой надпочечников и в меньшей мере — вненадпочечная ткань. Как указывают З. С. Кацнельсон, Е. М. Стабровский (1975), в мозговом слое надпочечников существуют два типа секреторных клеток: адреналинобразующие (А-клетки), выделяющие адреналин, и норадреналинобразующие (Н-клетки), в которых образование катехоламинов происходит лишь до норадреналина, выделяемого в кровь в качестве самостоятельного гормона. Дофамин имеет две функции — является медиатором в головном мозге и предшественником биосинтеза норадреналина. Адреналин, норадреналин и дофамин относятся к аминам прямого действия, симпатомиметический эффект которых обусловлен непосредственным возбуждающим действием их на адренорецепторы [Альтшулер Р. А., Граник В. Г., 1976; Авакян О. М., 1977, и др.].

Катехоламины синтезируются из аминокислоты тирозина посредством ряда энзиматических реакций: тирозин → ДОФА (диоксифенилаланин) → дофамин (диоксифенилэтиламин) → норадреналин → адреналин. Основной метаболит адреналина и норадреналина в моче — ВМК. Кроме того, в моче обнаруживаются и другие продукты обмена адреналина и норадреналина — метанефрин и норметанефрин. Важнейшими метаболитами дофамина, встречающимися в моче, являются гомованилиновая кислота и метокситирамин.

Имеющаяся к настоящему времени литература характеризует сдвиги при неврозах главным образом адреналина и норадреналина и в меньшей степени — некоторых их метаболитов и предшественников.

Результаты исследований, полученные в нашей клинике [Губачев Ю. М. и др., 1976], свидетельствуют о том, что у больных неврозами выявляется лишь некоторая тенденция к снижению адреналина и норадреналина; это соответствует данным В. Т. Бахура (1971), Б. И. Парменова-Трифилова и соавт. (1972), В. К. Мягер (1976).

Отсутствуют различия в уровнях адреналина и норадреналина в зависимости от изучавшихся нами психопатических особенностей личности и органического фона.

Однако у больных неврозами, возникающими на фоне диэнцефальной недостаточности, В. К. Мягер (1976) установлено резкое повышение уровня норадреналина по сравнению с группой «чистых» неврозов. Эти последние данные подтверждаются результатами, полученными нами, а также многими другими авторами, указывающими на изменение уровня катехоламинов при поражениях диэнцефальной области. Характер изменения содержания катехоламинов в крови при этом связывается с непосредственным раздражением гипоталамуса патологическим процессом.

Что же касается содержания ДОФА и дофамина при неврозах, то уровень их характеризуется достоверным снижением по сравнению с контролем. Самые низкие цифры дофамина отмечены у больных неврозами, которые развились на органическом фоне. На уменьшение содержания ДОФА при исследовании суточной экскреции катехоламинов у больных неврозами указывает также В. Т. Бахур (1974), отмечая при этом, что наиболее выраженным оно было у больных с гипостенической формой неврастении.

Во всех трех клинических подгруппах больных (с «чистыми» неврозами; неврозами у больных с психопатическими особенностями личности; неврозами при наличии нерезко выраженных остаточных явлений органического поражения центральной нервной системы) отмечается статистически достоверное повышение уровня ВМК (в суточном количестве мочи) по сравнению с показателями нормы.

Таким образом, учитывая хронический характер заболевания неврозом у большинства обследованных больных, можно предположить, что снижение содержания ДОФА и дофамина является следствием истощения симпатико-адреналовой системы при хроническом стрессе. Отмеченное увеличение уровня ВМК (конечного продукта метаболизма катехоламинов) может указывать на повышение при неврозах их обмена.

При рассмотрении функциональной активности симпатико-адреналовой системы у больных с тремя основными формами неврозов [Губачев Ю. М., и др., 1976] не отмечено достоверных различий в уровнях адреналина, дофамина и ДОФА. Самый низкий уровень дофамина установлен у больных неврастенией. Учитывая, что уровень дофамина оказался также самым низким у больных неврозами, возникшими на органическом фоне, можно пред-

положить, что его снижение связано преимущественно с астеническими проявлениями заболевания.

Особо следует остановиться на содержании адреналина и норадреналина у больных неврозом навязчивых состояний. Уровень адреналина у этих больных несколько возрастает по сравнению с двумя другими формами неврозов. В то же время уровень норадреналина в этой группе был достоверно ниже, чем у больных неврастенией и особенно истерией. У больных же истерией с преобладанием во фрустрационном профиле реакций экстрапунитивного направления [Тарабрина Н. В., 1973] наибольшим оказался уровень норадреналина. Эти результаты представляют интерес в связи с имеющимися в литературе данными о преимущественном повышении уровня адреналина при страхе, а норадреналина — при гневе и соответствует характерным особенностям реагирования больных неврозом навязчивых состояний (преобладание в клинической картине состояний страха) и истерии (преобладание в клинической картине гневного раздражения).

По данным В. К. Мягер (1976), при страхе возрастает концентрация адреналина в крови и незначительно повышается или снижается уровень норадреналина. В состоянии же раздражения концентрация адреналина еще более возрастает, но одновременно значительно увеличивается содержание норадреналина (в 6—18 раз по сравнению с исходным уровнем).

При оценке некоторых расхождений в полученных данных необходимо иметь в виду, что результаты В. К. Мягер относятся к случаям моделирования в условиях естественного эксперимента острых эмоциональных реакций у больных неврозами: исследования больных при разговорах на волнующие их темы, после посещения больной мужем при наличии к нему сложных противоречивых отношений, а также при создании ситуаций, в которых усиливалась ведущая невротическая симптоматика (определение содержания катехоламинов в крови у больной клаустрофобией при нахождении ее в закрытом помещении или у больной эрейтофобией после посещения ею мужского отделения и др.). При этом, как указывает В. К. Мягер, в зависимости от преобладающей эмоциональной реакции (определяемой клиническим путем) отмечались различные изменения содержания адреналина и норадреналина. В частности, при астенических эмоциях, таких как грусть, тоска, отмечалось отчетливое

снижение уровня адреналина и норадреналина в крови в отличие от того, что наблюдалось при тревоге.

Нами [Карвасарский Б. Д. и др., 1971] для изучения изменения содержания катехоламинов в ситуации острого стресса у больных неврозами была использована ситуация ожидания больными контрастного нейрорентгенологического исследования (каротидная ангиография в одних случаях и пневмоэнцефалография в других), назначающегося с диагностической целью. Данную ситуацию можно отнести к разряду тревожного ожидания, так как указанные процедуры сопровождаются рядом неприятных ощущений. Вместе с тем эксперимент протекал как естественный, и, таким образом, был элиминирован целый ряд трудностей, которые обычно возникают при воспроизведении стрессовой ситуации в лабораторных условиях. Ожидание контрастного исследования, задачи и значение которого больному подробно объяснял лечащий врач, связано еще зачастую со страхом диагноза, помимо естественной тревоги по отношению к самой процедуре. Во всех этих наблюдениях имела место и убедительная позитивная диагностика неврозов, т. е. устанавливалась связь между психотравмирующей ситуацией и началом заболевания, а также между содержанием конфликтной ситуации и характером клинической картины невроза.

По описанной программе было обследовано 35 больных, находившихся на лечении в клинике. Биохимические и экспериментально-психологические исследования проводились в первые недели пребывания в стационаре. Используя ситуацию естественно возникшего стресса (о дате которого больные узнавали за 2—3 дня до процедуры), им проводили повторные биохимические исследования: содержание 11-ОКС, серотонина, белковосвязанного йода определяли в крови в день рентгенографии; содержание ДОФА, дофамина, норадреналина, адреналина, ВМК определяли в моче, собранной в течение суток, непосредственно предшествовавших рентгенологическому исследованию.

Отмечено отсутствие достоверных изменений содержания катехоламинов. Исходные данные имели значительные различия. Возможно, объяснение этому следует также искать в особенностях той модели острого стресса, которая была использована в данном исследовании. Длительность состояния острого стресса к моменту биохимического исследования (2—3 дня) превышала длитель-

ность периода, в котором он изучался большинством авторов, в том числе В. К. Мягер.

Необходимо подчеркнуть, оценивая изменения биохимических показателей в стрессовых ситуациях, использовавшихся в нашей клинике, что во всех случаях изменения этих показателей оценивались в состоянии острого стресса у больных неврозами, т. е. у лиц, находящихся в состоянии хронического эмоционального стресса. Самостоятельное значение приобретает вопрос о том, изменяется ли характер реакции острого стресса у больных неврозами при многократных повторениях.

Существенный интерес для понимания роли нейроэндокринных механизмов в патогенезе отдельных невротических проявлений могут представить данные о содержании катехоламинов и других биохимически активных веществ у больных неврозами с акцент-симптомами.

В. К. Мягер (1976) у больных неврозами, страдающих бессонницей, отметила значительное повышение уровня адреналина (у отдельных больных он в 2—3 раза превышал верхнюю границу нормы здоровых людей). Концентрация норадреналина также была высокой. В поведении эти больные часто были раздражительными и конфликтными, склонными к эмоциям гнева. Недостаточный сон усиливал эти реакции. У больных с психогенными сердцебиениями автор отмечала значительное повышение содержания адреналина в крови и часто пониженное содержание норадреналина. Сердцебиения постоянно сопровождались эмоциями страха. Во время невротической рвоты, возникающей на высоте эмоционального возбуждения, резко снижалось содержание адреналина и норадреналина в крови. Автор полагает, что рвота в этом случае является моментом, разрешающим эмоциональное напряжение у больного, склонного к подобному типу реагирования в связи с эмоциями отвращения (рис. 6).

Полученные нами данные [Карвасарский Б. Д., 1969] об уровнях катехоламинов у больных неврозами с различными типами головной боли представлены на рис. 7. В соответствии с клиническими данными изменения содержания адреналина и норадреналина у больных с головной болью преимущественно нервно-мышечного типа указывают на повышение активности симпатико-адреналовой системы, а у больных с головной болью нервно-сосудистого типа — на повышение тонуса парасимпатического отдела вегетативной нервной системы. В то же время при невротической головной боли типа

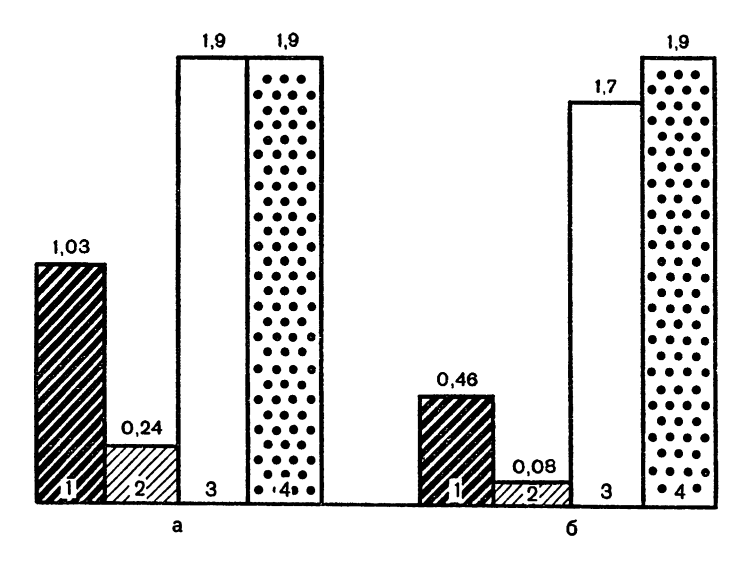


Рис. 6. Содержание катехоламинов и холинэстеразы у больной неврозом во время рвоты.

1 — адреналин, 2 — норадреналин в крови, 3 — ложная холинэстераза; 4 — истинная холинэстераза; а — до рвоты, б — после рвоты [по Мягер В К, 1976]

психалгии не отмечено достоверных изменений уровня катехоламинов в крови.

Если приведенные данные свидетельствуют об известной взаимосвязи между типом изменений функциональной активности симпатико-адреналовой системы и других биохимически активных веществ и патогенетическими вариантами головной боли в рамках цефалгического синдрома при неврозах, объясняя его клиническую полиморфность, то данные нашего сотрудника Э. А. Карандашевой (1974), напротив, показывают, что в случае невротического синдрома (фобического) выявляется однонаправленность нейрохимических изменений, не зависящая от формы невроза. Как установлено Э. А. Карандашевой, такие показатели, как адреналин, норадреналин, ДОФА, ВМК, а также 11-ОКС, серотонин, йод белковосвязанный, не имели существенных различий у больных фобическим синдромом в рамках невроза навязчивых состояний и истерии. Исключение составил дофамин, уровень которого оказался достоверно ниже у больных истерией. Можно предполагать, что и при истерических фобиях, в клинике которых на передний план выступают

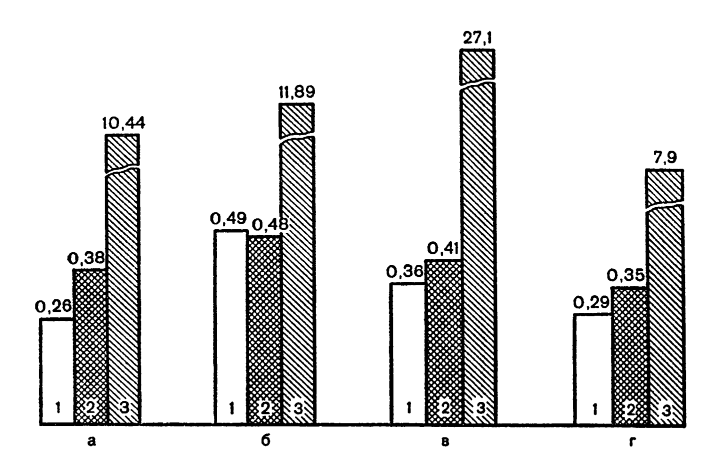


Рис. 7. Уровень катехоламинов и гистамина в крови при различных типах невротических головных болей.

а — норма; б — головная боль нервно-мышечного типа; в — головная боль нервно-сосудистого типа; г — невротическая головная боль типа «психалгии»; 1 — адреналин, 2 — норадреналин; 3 — гистамин.

явления внешней демонстративности, отчетливо проявляется заинтересованность тех же нейрохимических механизмов, что и при других невротических фобиях.

Особенности симпатико-адреналовой системы и ее роль в патогенезе и клинических проявлениях неврозов были подвергнуты специальному исследованию В. С. Чугуновым и В. Н. Васильевым (1984). В зависимости от уровня функциональной активности симпатико-адреналовой системы при неврозах выделены три биологических типа больных: адреналовый (с суточной гиперадреналинурией), норадреналовый (с суточной гипернорадреналинурией) и смешанный (с суточной гиперадреналинурией и гипернорадреналинурией). Установлена взаимосвязь между адреналовым типом и гипостенической формой неврастении, норадреналовым типом и гиперстенической ее формой. Определенные взаимоотношения выявлены также между указанными тремя типами функционального состояния симпатико-адреналовой системы и другими невротическими синдромами, хотя, как отмечают авторы, эта связь была менее выраженной. Среди больных неврозами в целом преобладали лица с адреналовым типом. В соответствии с данными и других авторов отмечено характерное для больных неврозами снижение экскреции дофамина и 3, 4-диоксифенилаланина. Для больных

неврастенией и истерическим неврозом характерны все три биологических типа, для невроза навязчивых состояний — адреналовый и смешанный.

Приведенные данные указывают на большую ценность нейроэндокринных показателей при изучении интимных механизмов развития отдельных невротических симптомов и синдромов и относительно меньшую — для характеристики общих форм неврозов.

Гипофизарно-адреналовая система при неврозах. По современным представлениям гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковый комплекс представляет собой сложную систему, включающую три основных звена: а) подбугорную область, в которой осуществляется секреция тропных гормонов передней доли гипофиза, в том числе кортикотропинреализующего фактора — CRF; б) переднюю долю гипофиза — регулирующую функцию периферических эндокринных желез; в) корковое вещество надпочечников, секретирующее стероидные гормоны. Через этот комплекс нервная система оказывает регулирующее влияние на деятельность различных органов и систем, при его же участии осуществляется саморегуляция функций мозга с целью эффективного приспособления организма к меняющимся условиям внешней среды.

Значению гипофизарно-адреналовой системы и отдельных ее звеньев для сохранения эмоционального и физиологического гомеостаза у человека посвящена поистине необозримая, в том числе и монографическая, литература, содержащая результаты исследований, выполненных в значительной мере в аспекте концепции Ганса Селье, об общем адаптационном синдроме [Алешин Б. В., 1971; Поповиченко Н. В., 1973; Губачев Ю. М. и др., 1976; Митюшов М. И. и др., 1976; Selye H., 1973, и др.].

Для определения функциональной активности гипофизарно-адреналовой системы в клинических условиях устанавливают содержание в моче стероидных гормонов, синтезируемых корковым веществом надпочечников. Определение содержания последних нередко производят после введения АКТГ, одного из тропных гормонов, вырабатываемых аденогипофизом. Основное действие АКТГ — повышение скорости образования и секреции кортикостероидов. При этом в корковом веществе надпочечников наблюдается также уменьшение содержания аскорбиновой кислоты и холестерина, которые расходуются на синтез стероидных гормонов. Стимуляция коры

надпочечников может осуществляться и адреналином при непосредственном действии на гипофиз.

Кортикостероиды значительно отличаются от большинства других гормонов, выделяемых железами внутренней секреции, тем, что по существу не имеют органа-мишени и оказывают влияние на все метаболические процессы, чем и определяется их особая роль в реакциях адаптации.

Из 40 и более стероидных гормонов наибольшей биологической активностью обладают 5: дегидрокортикостерон, кортикостерон, альдостерон, кортизон и гидрокортизон (кортизол). Их рассматривают в качестве истинных секретов железы, определяющих минералокортикоидную и глюкокортикоидную функции коркового вещества надпочечников. Кроме того, надпочечники синтезируют также ряд половых гормонов.

Для определения функциональной активности гипофизарно-адреналовой системы у больных неврозами определяли 17-кетостероиды (17-КС), 17-оксикортикостероиды (17-ОКС), 11-оксикортикостероиды, т. е. кортизол и кортикостерон (11-ОКС).

17-КС — метаболиты гидрокортизона, дегидроизоандростерона, свободные гидрокортизон и кортизон, а также другие продукты окисления 17-ОКС. В эту же группу 17-КС входят метаболиты стероидных половых гормонов (андрогенов), синтезируемых половыми железами. Поэтому по изменению выделения с мочой 17-КС можно лишь относительно судить о функциональном состоянии коры надпочечников.

При исследовании 134 больных «чистыми» неврозами [Губачев Ю. М. и др., 1976] наблюдается убедительное снижение в крови 11-ОКС, свидетельствующее об истощении гипофизарно-адреналовой системы в условиях хронического стресса. Наиболее значительное снижение уровня 11-ОКС отмечено при неврозах, возникших на фоне нерезко выраженных остаточных явлений органического поражения центральной нервной системы. У этих больных уровень 11-ОКС достоверно ниже, чем у больных с «чистыми» неврозами и неврозами, возникшими у лиц с психопатическими особенностями.

Обращает на себя внимание и то, что наиболее низкий уровень 11-ОКС оказался у больных неврастенией. Учитывая, что значительное снижение содержания 11-ОКС установлено также у больных неврозами, возникшими на органическом фоне, это можно объяснить преимущест-

венно астеническими проявлениями заболевания. Косвенным подтверждением этого являются полученные нами данные об особенностях корреляционной зависимости между содержанием 11-ОКС и степенью выраженности астении, определявшейся с помощью специально составленной шкалы астении [Малкова Л. Д., 1978]. Отмечено статистически достоверное снижение содержания 11-ОКС у больных неврозами с большей выраженностью астенических проявлений.

Приведенные нами данные дополняют содержащиеся в литературе указания на изменения функциональной активности гипофизарно-адреналовой системы у больных неврозами [Бахур В. Т., 1970; Парменов-Трифилов Б. И. и др., 1972; Мягер В. К., 1976, и др.].

К наиболее тщательным, выполненным на большом клиническом материале, следует отнести исследования В. Т. Бахура, в которых установлены изменения гипофизарно-адреналовой системы у больных с различными формами неврозов. Автором показано, что при острых невротических состояниях отмечается как повышение, так и снижение содержания 17-КС и 17-ОКС. При затяжном течении неврозов выявлялось постепенное углубление явлений гипофизарно-адреналовой недостаточности. Гиперстенической форме неврастении соответствовали более высокие, а гипостенической — более низкие, чем в норме, показатели экскреции стероидных гормонов. Исследование реактивности гипофизарно-адреналовой системы пробами с введением АКТГ и адреналина показало недостаточность резервных способностей коры надпочечников у большинства обследованных больных, что особенно было характерно для больных с гипостенической формой неврастении.

При нагрузке АКТГ у этих больных наблюдалось как недостаточное выделение стероидных гормонов, так и понижение их (извращенные, парадоксальные реакции).

Наши данные, полученные при определении 11-ОКС у больных с разными формами неврозов, расходятся с установленным в работе В. Т. Бахура фактом статистически достоверного более высокого уровня выделения 17-КС у больных неврастенией по сравнению с лицами, страдающими истерией.

Автор не исключает, что повышенная истощаемость коры надпочечников у больных с длительными затяжными невротическими состояниями в какой-то мере может

определяться преморбидной врожденной функциональной недостаточностью надпочечниковой системы.

В работе О. Я. Силецкого, Н. А. Лукаша (1974) приведены результаты комплексного изучения функционального состояния коры надпочечников при неврозах как с помощью прямых методов исследования глюкокортикоидов в крови (установление уровня 17-ОКС и 11-ОКС), так и косвенными методами — путем определения 17-КС в моче, абсолютного количества эозинофилов крови и их утренних колебаний, с помощью проб Торна и Форшама и др. Характер эозинофильных реакций зависел от особенностей клинических проявлений невроза: при выраженной симптоматике и небольшой давности болезни (до 2 мес) результаты проб приближались к норме, хотя исходный уровень эозинофилов мог быть и сниженным. По мере развития заболевания нарастает эозинопения, но еще сохраняется нормальный утренний уровень эозинофилов; пробы Торна становятся отрицательными, хотя проба Форшама вызывает еще достаточную эозинопению.

По мнению авторов, в условиях длительного эмоционального напряжения инъекции АКТГ представляют собой резкий стресс, декомпенсирующий глюкокортикоидную функцию коры надпочечников. Уровень 17-ОКС в крови больных неврозами приближался к нормальным цифрам, хотя и обращала на себя внимание тенденция к понижению функции коры надпочечников. Показатели 17-КС в моче не выходили за пределы нормальных колебаний. Нормальным с тенденцией к понижению был также уровень в крови 11-ОКС. Значительное расхождение этих последних данных с полученными нами может быть объяснено относительно меньшей длительностью заболевания неврозом у больных, обследованных авторами (в 50 % случаев давность болезни не превышала 3 мес), в то время как обследованные нами больные специализированной клиники неврозов отличались многолетним течением заболевания. Таким образом, само это расхождение еще раз подтверждает тенденцию к истощению гипофизарно-адреналовой функции при затяжном, длительном течении неврозов, на что указывают большинство авторов.

Сопоставление всех полученных данных о функциональном состоянии коры надпочечников при неврозах приводит О. Я. Силецкого и Н. А. Лукаша к выводу о наличии у этих больных адренокортикальной дисфунк-

ции надпочечников — умеренного угнетения глюкокортикоидной и повышения минералокортикоидной активности.

По данным В. К. Мягер (1976), у больных неврозами выявляются как низкие, в основном при астении (чаще), так и высокие цифры экскреции 17-КС в моче при возбуждении. У большинства же больных она отмечает нормальные показатели. В случае выявления диэнцефальной недостаточности сдвиг у наибольшего числа больных наблюдается в сторону низких показателей, что объясняется ею снижением компенсаторных возможностей. Активность гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы снижена, возможно, вследствие ее истощения.

Заслуживают внимания данные Е. М. Креслинг, В. К. Мягер [цит. по Мягер В. К., 1976], полученные при обследовании больных неврозами, о том, что при повышении содержания катехоламинов в крови чаще отмечаются низкие цифры 17-КС в моче. Авторы полагают, что длительная гиперсекреция катехоламинов под влиянием эмоциональных факторов при неврозах приводит к истощению системы гипофиз — кора надпочечников путем чрезмерного выделения АКТГ, стимулирующего экскрецию кортикостероидов гипофизом.

Данные об изменении функциональной активности гипофизарно-адреналовой системы у больных неврозами в ситуации эмоционального стресса ограничены. По нашим данным, уровень 11-ОКС в стрессовой ситуации достоверно повышается. При дополнительном анализе результатов исследования с учетом подгрупп больных с «чистыми» неврозами и неврозами, возникшими на органическом фоне, оказалось, что у первой подгруппы изменение содержания 11-ОКС в стрессе было бóльшим, чем у больных неврозом на органическом фоне. В целом это соответствует предположению В. К. Мягер о роли органического фона в снижении компенсаторных возможностей гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы при невротических состояниях.

Функциональная активность энтерохромаффинной системы при неврозах. Показателем активности данной системы является серотонин, относящийся, как и катехоламины, к группе биогенных аминов.

Серотонин в основном содержится в головном мозге, а вне мозга — в тромбоцитах и энтерохромаффинных клетках в слизистой оболочке желудка, кишок, в поджелудочной железе, где он и был впервые обнаружен.

Хотя вопрос о роли серотонина в механизмах мозговой деятельности окончательно не решен, к настоящему времени накоплено множество фактов, позволяющих отнести его к биологически активным веществам, оказывающим существенное влияние на нервную систему. Полагают, что в мозге наряду с адренергическими и холинергическими существуют и серотонинергические структуры. Серотонин возбуждает серотонинреактивные структуры ретикулярной формации среднего мозга и моста мозга, обеспечивая перестройку активности нервной системы на длительный промежуток времени.

Подобно другим биогенным аминам, серотонин принимает участие в ответных реакциях организма на внешние воздействия. В ряде работ серотонин рассматривается как основной передатчик нервных импульсов в центральном отделе парасимпатической нервной системы. В центральной нервной системе серотонин и норадреналин действуют как антагонисты. Показано значение серотонина в генезе тревожных и других эмоциональных состояний.

В организме серотонин (5-гидрокситриптамин) синтезируется из триптофана. Помимо определения уровня самого серотонина в крови, представление об его обмене может дать изучение выделения с мочой 5-оксииндолуксусной кислоты (5-ОИУК) — одного из конечных продуктов его обмена. Инактивация серотонина осуществляется ферментом моноаминоксидазой (МАО).

В ряде работ представлены данные изучения уровня серотонина в крови при стрессе [Науменко Е. В., Попова Н. К., 1975; Aprison M. H., Hingtgen J. W., 1970, и др.]. Полученные при этом результаты весьма противоречивы. Указано и на повышение, и на снижение содержания серотонина при сильном эмоциональном напряжении у здоровых обследуемых [Стабровский Е. М., Разумов С. А., 1970].

Данные о содержании серотонина в крови у обследованных нами больных неврозами свидетельствуют о том, что в обычном состоянии уровень серотонина в крови больных достоверно не отличается от такового у здоровых. Не обнаружено изменений в содержании серотонина у больных неврозами (с вегетососудистыми нарушениями) также Р. Ф. Ильичевой и соавт. (1974). Наиболее высокий уровень серотонина отмечен у пациентов, у которых невроз возник на психопатическом фоне. Уровень серотонина при неврозе навязчивых состояний был

достоверно выше, чем при двух других формах неврозов. Возможное объяснение этого — несомненная роль личностных акцентуаций (психастенического типа) как определенной почвы, на которой возникает невроз навязчивых состояний.

Н. Г. Шашкова и Т. С. Аванесова (1983) не отметили существенного повышения уровня серотонина у больных с острым истерическим неврозом, однако при истерическом развитии повышение активности серотонинергических структур составило уже 26 % относительно нормы; еще выше оно было у больных с истероидной психопатией — превышало норму на 50 %.

На повышение уровня серотонина при психопатиях и психопатических декомпенсациях указывает также В. Я. Семке (1975), хотя другие авторы существенных различий в уровнях серотонина у лиц, страдающих психопатиями, и у здоровых не выявили [Забродин Г. Д., Гурова З. Г., 1976, и др.].

Для объяснения причин противоречивости результатов, полученных различными авторами, могут быть привлечены уже указанные исследования В. Я. Семке. Сопоставляя активность серотонинергической системы у больных истерическим неврозом, истерической психопатией и истерическим психозом, автор показал, что у больных неврозом содержание серотонина в крови и снижение экскреции 5-ОИУК достоверно ниже по сравнению с психопатиями и психозами. У лиц с психопатиями вне декомпенсации уровень серотонина также низок, однако, как и в случаях психотических состояний, при психопатических декомпенсациях отмечается повышение концентрации серотонина, что автор объясняет возбуждением серотонинореактивных структур в ответ на выявленную у этих же больных повышенную активность холинореактивной системы головного мозга.

Следовательно, учет степени компенсации, эмоционально-аффективной напряженности при интерпретации уровней серотонина при неврозах и пограничных с ними состояниях столь же необходим, как и при оценке изменений показателей симпатико-адреналовой, гипофизарно-адреналовой и других биохимических систем, участвующих в реакциях эмоционального стресса.

В стрессовой ситуации у обследованных нами больных неврозами отмечено статистически достоверное повышение уровня серотонина. Сопоставление этих результатов у больных неврозами с данными обследования гипофи-

зарно-адреналовой системы и изменениями катехоламинов в условиях стресса соответствует экспериментальным фактам о том, что энтерохромаффинная система участвует лишь в кратковременных реакциях стресса, и в дальнейшем при длительном стрессе уровень ее активности остается довольно стабильным.

В свете полученных нами данных большой интерес представляют описанные И. П. Анохиной (1975) закономерности изменения концентрации норадреналина и серотонина в различных отделах мозга (среднем мозге, гипоталамусе и коре мозга) при экспериментальной стресс-ситуации. Под влиянием холодового стресса отмечено значительное снижение содержания биогенных аминов в различных отделах мозга крыс. При удлинении времени стресса падение концентрации биогенных аминов оказалось еще более выраженным. Динамика восстановления уровней норадреналина и серотонина была различной. Через час концентрация серотонина начинает восстанавливаться, а через 18 ч приходит к исходному уровню. Концентрация норадреналина еще больше снижается. Через 18 ч уровень норадреналина остается значительно сниженным во всех исследованных отделах мозга. На основании полученных данных автор приходит к выводу, что адренергический субстрат мозга как структура, принимающая непосредственное участие в реагировании организма на изменения внешней среды, особенно вызывающие отрицательные эмоции, в условиях стресса активизируется в первую очередь. Одновременно наблюдается возбуждение и серотонинергических структур гипоталамуса, и среднего мозга. Однако функциональное состояние центральных серотонинергических структур восстанавливается довольно быстро, в то время как нарушение деятельности центральных адренергических элементов носит более длительный характер и даже может иметь тенденцию к усилению и генерализации после окончания действия стрессора.

Функциональная активность холинергической системы и гистамина при неврозах. В плане изучения нейрохимических механизмов мозга, особенно в связи с широкой разработкой концепции стресса, внимание исследователей в последние десятилетия было привлечено в первую очередь к изучению гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой, симпатико-адреналовой и энтерохромаффинной систем в условиях как нормы, так и патологии. Вместе с тем продолжались и исследования, имеющие своей

целью выяснение места и значения холинергической системы во взаимодействии разных нейрохимических структур мозга. Показано, что холинергические структуры ретикулярной формации среднего мозга наряду с адренергическими принимают участие в механизме восходящей активации корковой деятельности. Высказывается предположение, встречающее, однако, и возражения, что холинергическую природу имеют все конечные корковые нейроны восходящей активирующей системы.

Как отмечает И. П. Анохина (1975), более распространенной в настоящее время является следующая точка зрения: хотя в ретикулярной формации действуют как адренергические, так и холинергические механизмы, принимающие участие в восходящей активации, бóльшая роль в регуляции поведенческих актов принадлежит адренергическим структурам. Из литературы известно, что вещества адренергического спектра действия изменяют поведение в большей мере, чем средства холинергического ряда.

О состоянии холинергических систем можно судить по изучению содержания ацетилхолина, активности холинэстеразы и холинергического индекса (отношение холинэстеразной активности к содержанию ацетилхолина).

Ацетилхолин представляет собой эфир уксусной кислоты и холина, который входит в состав лецитина. Ацетилхолин выделяется на окончаниях главным образом моторных парасимпатических волокон. Обнаружен он также в центральной нервной системе и в различных органах в сравнительно больших количествах. В сером веществе больших полушарий головного мозга и в спинном мозге ацетилхолина больше, чем в белом. Определяя активность парасимпатической нервной системы, ацетилхолин своим действием вызывает замедление сердцебиения, расширение сосудов, усиление деятельности гладких мышц бронхиол и желудочно-кишечного тракта и т. д.

Уровень ацетилхолина в мозговой ткани, крови определяется активностью ферментов холинэстеразы, под влиянием которых он может подвергаться быстрому распаду. Так называемая истинная холинэстераза, специфичная по отношению к ацетилхолину, разрушает его в результате простого гидролиза (до холина и уксусной кислоты). Ее активность особенно велика при низких концентрациях ацетилхолина, в то время как другой

фермент — ложная холинэстераза, гидролизирующая, помимо эфиров холина, и другие эфиры, — наиболее активен при высоких концентрациях ацетилхолина.

Среди исследований, в которых рассматриваются соотношения между изменениями функциональной активности холинергической системы и эмоциональными расстройствами, представляют интерес работа Д. Е. Альперна (1963) и переведенная на русский язык монография E. Gellhorn, G. Loofborow (1966).

В отечественной литературе лишь в нескольких публикациях приводятся результаты изучения состояния холинергической системы при неврозах и отдельных их формах. Это прежде всего исследования Б. И. Парменова-Трифилова и соавт. (1972), В. Я. Семке (1975) и др.

В. Я. Семке (1975) исследовал содержание ацетилхолина, истинной и ложной холинэстеразы у больных истерическим неврозом. Особенно заметные и продолжительные нарушения были выявлены им у больных с затяжными невротическими состояниями. Отмечалось повышение концентрации ацетилхолина в крови, сопровождающееся нарастанием активности истинной и ложной холинэстеразы. Высокая активность ацетилхолина отражала, по мнению автора, состояние значительного напряжения в холинергической системе, причем в наблюдениях с выраженными и стойкими эмоциональными расстройствами это коррелировало с понижением активности истинной и ложной холинэстеразы.

На зависимость между изменениями в холинергической системе и глубиной и тяжестью патологических расстройств указывают Н. Г. Шашкова и Т. С. Аванесова (1982). При острых неврозах отмечено возбуждение холинергического субстрата с последующим его истощением и угнетением по мере течения и развития заболевания.

В некоторых работах представлено соотношение показателей функциональной активности холинергической и симпатико-адреналовой систем при неврозах.

Б. И. Парменов-Трифилов и соавт. (1972) установили, что у больных неврастенией среднее количество ацетилхолина в крови несколько снижено. Отмечалась также значительная вариабельность содержания истинной холинэстеразы и ацетилхолина, в два раза превышающая таковую у здоровых. Ацетилхолин при гиперстенической форме неврастении был примерно в 2 раза ниже, чем при гипостенической. У $^2/_3$ больных корреляционный

анализ отношения ацетилхолин — адреналин выявил отрицательную корреляционную взаимосвязь, свидетельствующую о явной тенденции медиаторов при неврастении к диссоциации, а именно повышение экскреции катехоламинов сопровождалось снижением уровня ацетилхолина и наоборот, чего не отмечалось у здоровых.

В. К. Мягер, А. И. Гошев [цит. по Мягер В. К., 1976] в клинике неврозов Института им. В. М. Бехтерева у больных неврозами наблюдали параллелизм между повышением активности истинной холинэстеразы и увеличением уровня адреналина в крови при страхе, раздражении и тревожном ожидании. При отчаянии наряду с падением уровня адреналина наблюдалось снижение активности истинной холинэстеразы.

В общую группу биогенных аминов входит также гистамин — вещество с парасимпатически направленным действием. Большей частью гистамин находится в организме в связанном состоянии, появляясь в тканях и крови при декарбоксилировании гистидина. Гистамин играет важную роль в периферических и центральных механизмах нервной деятельности. Он увеличивает проницаемость сосудистой стенки, вызывает сокращение гладких мышечных волокон, стимулирует секрецию желудочного сока. Велика роль гистамина в аллергических процессах и в механизмах возникновения боли.

Рядом исследований установлено, что гистамин, с одной стороны, усиливает синтез ацетилхолина, а с другой — тормозит активность холинэстеразы. Указано на определенный параллелизм в уровнях гистамина, норадреналина и серотонина.

В литературе приводятся данные о влиянии гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы на уровень гистамина, которое осуществляется посредством регулирования активности гистаминазы — фермента, разрушающего гистамин путем его окислительного дезаминирования.

Изучение содержания гистамина при неврозах представляет интерес с точки зрения характеристики роли парасимпатической нервной системы в эмоциональных и вегетативных реакциях, а также для дифференциальной диагностики между неврозами и диэнцефальными поражениями [Мягер В. К., 1976]. В. К. Мягер, А. И. Гошев отметили повышение содержания гистамина в крови у 64 % больных неврозами; более частым и выраженным оно было у больных неврозами, возникшими на фоне

диэнцефальной недостаточности (у 84 % этих больных содержание гистамина было выше нормы). Авторами отмечена корреляция между уровнем повышения катехоламинов в крови и увеличением содержания гистамина.

По данным Р. Ф. Ильичевой и соавт. (1974), уровень гистамина у больных неврозами с вегетососудистыми нарушениями и астеническими проявлениями не выходил за пределы нормы.

Значительный интерес представляют наши данные (см. рис. 7) о содержании гистамина в крови у больных с различными по клиническим проявлениям и механизмам развития типами невротических головных болей.

Для больных с нервно-мышечным типом головной боли характерным было повышение содержания в крови адреналина и норадреналина и нормальное содержание гистамина, т. е. активация прежде всего симпатико-адреналовой системы; при нервно-сосудистом типе головной боли обращал на себя внимание высокий уровень гистамина при незначительном увеличении содержания катехоламинов в крови, что указывало на повышение активности парасимпатического отдела вегетативной нервной системы, а некоторое повышение катехоламинов в крови — о наличии известных, хотя и недостаточных, компенсаторных возможностей симпатико-адреналовой системы. У больных с головной болью типа психалгии уровни адреналина, норадреналина и гистамина не превышали соответствующих показателей у здоровых.

Функциональная активность щитовидной железы при неврозах. Наиболее надежным показателем функционального состояния щитовидной железы является уровень в крови белковосвязанного йода. Белковосвязанный йод состоит в основном из тироксина, незначительного количества трийодтиронина и некоторых других йодистых веществ. Как указывает L. Levi (1972), он является более или менее точным показателем концентрации гормонов щитовидной железы в крови, причем не скорости образования гормонов, а устойчивой его концентрации.

В экспериментах, проводившихся в лаборатории L. Levi (1972), в ситуациях экспериментально моделируемого стресса у здоровых исследуемых отмечено достоверное повышение уровня белковосвязанного йода в крови. Хотя, отмечает автор, причины этого еще недостаточно ясны: вызвано ли оно повышением уровня биологически инактивного тироксина или же оно отражает

увеличение активности щитовидной железы, сопровождаемое повышением уровня свободного тироксина, или вызванное адреналином перемещение тироксина из тканей к сосудам. В экспериментах на животных было показано, что инъекции катехоламинов увеличивают экскрецию йода с мочой. Предполагается, что эндогенные катехоламины воздействуют на щитовидную железу почти так же, как экзогенные. Поэтому не вызывает большого удивления, что в ситуациях стресса наряду с повышением активности гипофизарно-адреналовой и симпатико-адреналовой систем одновременно повышается функция щитовидной железы.

Проведенные в нашей клинике исследования показывают, что уровень белковосвязанного йода у больных неврозами достоверно выше, чем у здоровых. При этом фон, на котором возникал невроз (психопатический и органический), существенной роли не играл. При сравнении содержания белковосвязанного йода у больных с разными формами неврозов отмечен более высокий его уровень у больных неврастенией по сравнению с истерией и неврозом навязчивых состояний. Для объяснения этого факта могут иметь значение результаты проведенного нами сопоставления уровня белковосвязанного йода у больных двух подгрупп — с большей или меньшей степенью выраженности фактора вегетативных проявлений астении (учитывались данные обследования больных с помощью шкалы астении). Отмечена статистически достоверная взаимосвязь между вегетативными проявлениями астении и уровнем белковосвязанного йода. Большей выраженности вегетативных проявлений астении соответствует более высокий его уровень. Этот факт подтверждает наличие отмеченной ранее в литературе взаимосвязи между нарушением функции щитовидной железы и вегетативными расстройствами.

Возможно также, что повышение функции щитовидной железы у обследованных нами больных с хроническими формами неврозов является компенсаторным и отражает снижение функциональной активности симпатико-адреналовой системы.

По данным В. Т. Бахура (1974), изучавшего функциональное состояние щитовидной железы у больных неврозами (исследовался уровень поглощения радиоактивного йода), наблюдалось как повышение, так и снижение функции щитовидной железы; эти изменения были нечастыми и неглубокими. Изменения же основного обме-

на, достигавшие иногда значительной степени, обычно зависели от экстратиреоидных факторов.

В стрессовой ситуации достоверных изменений уровня белковосвязанного йода у больных неврозами нами не выявлено.

Нарушения обменных процессов. Объектом более активного изучения при неврозах становятся различные аспекты обмена веществ, в частности углеводного, минерального, жирового, энергетического и др. Состоянию углеводного обмена при неврозах посвящены работы В. Т. Бахура (1971), Б. И. Парменова-Трифилова и соавт. (1972), Ю. М. Губачева (1973) и др.

В. Т. Бахур (1971) у больных неврозами наблюдал ирритативные, плоские и с повторной гипергликемической волной сахарные кривые. Характер их во многом обусловлен, по данным автора, тяжестью и длительностью заболевания. По мере развития заболевания повышение реактивности симпатико-адреналовой системы сменяется ее истощением, чему соответствует переход гиперреактивных сахарных кривых через волнообразные в плоские. Автор отмечает также во многих случаях чрезмерную реактивность систем регуляции сахара крови (очень ранний подъем содержания сахара).

С работой В. Т. Бахура согласуются данные ряда других авторов. Так, Б. И. Парменов-Трифилов и соавт. (1972) при исследовании углеводного обмена у больных неврозами чаще наблюдали ирритативные сахарные кривые. Более характерным это было для больных с гиперстенической формой неврастении. При гипостенической форме преобладали уплощенные сахарные кривые. Указанные авторы отмечали определенный параллелизм между преобладающим типом сахарных кривых и уровнем суточной экскреции 17-КС.

Ю. М. Губачев (1973) в нашей клинике у 74,5 % больных неврозами установил различные варианты патологических сахарных кривых. При этом ирритативные кривые (с гипергликемическим коэффициентом больше 80 %) отмечены у 56,2 % и плоские (с гипергликемическим коэффициентом меньше 35 %) — у 18,3 % больных. Определялась отчетливая зависимость частоты ирритативных или плоских сахарных кривых от формы психопатологического синдрома. Так, у мужчин с фобической симптоматикой ирритативные сахарные кривые были обнаружены в 52,4 % случаев, а при преобладании астенических нарушений — только в 17,2 % случаев.

В. Т. Бахур (1974) установил у больных неврозами склонность к гипокалиемии. Изменения в содержании натрия в крови он отметил у половины обследованных, причем гипонатриемия встречалась в 2 раза чаще, чем гипернатриемия. У ряда больных отмечена тенденция к гипофосфатемии и увеличению выделения фосфора с мочой, что, возможно, обусловлено усиленным потреблением углеводов в тканях.

По данным Н. М. Симчича (1972), содержание натрия у больных неврозами несколько выше нормы, кальция — несколько ниже нормы, калия — в пределах нормы. Чувство страха, двигательное беспокойство автор связывает с гипернатриемией.

О. Я. Силецкий, Н. А. Лукаш (1974), обследовав группу больных неврозами, установили у них некоторое повышение содержания натрия в крови при нормальных его величинах в моче; выведение калия с мочой оказалось повышенным. Была выявлена определенная корреляция между характером эозинофильных реакций (которые рассматривались как косвенный показатель функционального состояния коры надпочечников) и содержанием натрия и калия. Гипернатриемии сопутствовала эозинопения, нормальный уровень эозинофилов сопровождался нормальным содержанием натрия в крови.

На содержание в сыворотке крови калия и кальция при различных формах неврозов указывается в работе О. Ф. Панковой и А. А. Кешокова (1982). У больных неврастенией выявлено значительное снижение калия и соответственно коэффициента K/Ca, особенно выраженное при астеническом развитии. У больных с фобическим неврозом уровень кальция был на верхней границе нормы, а коэффициент K/Ca даже несколько повышен. При истерических расстройствах отмечалась тенденция к понижению кальция, но коэффициент K/Ca был близок к нормальному. Авторы подтверждают высказывавшуюся и ранее точку зрения, что гиперкалиемия свидетельствует о парасимпатикотонии, а гипокалиемия и гиперкальциемия — о симпатикотонии.

По данным Ю. М. Губачева (1973), у большей части больных неврозами определялись нарушения липидного метаболизма. Гипохолестеринемия (меньше 4,16 ммоль/л) была установлена у 10,8 % мужчин и 11,2 % женщин, гиперхолестеринемия (больше 6,24 ммоль/л) — у 49 % мужчин и 42,6 % женщин. У больных с гипохолестеринемией преобладали астенические нарушения (66 %),

тогда как в группе больных с гиперхолестеринемией — фобические (45 %) и депрессивные (28 %) нарушения.

В отдельных исследованиях изучались особенности аэробной и анаэробной фазы энергетических процессов у больных неврозами. Н. Ф. Турова и соавт. (1974), наблюдая больных неврозами (в основном с фобическим синдромом) и контрольную группу здоровых людей, пришли к выводу, что биохимические показатели аэробного синтеза (наиболее раннего звена энергетических процессов мозга) в крови больных были выше, чем в крови здоровых, и находились у верхней границы нормы (определялось содержание АТФ, креатинфосфата и активность АТФ-азы, стимулируемых ионами магния, натрия и калия). Общая активность фермента, катализирующего распад АТФ, у больных и здоровых существенно не различалась, хотя и обнаруживались некоторые различия, касающиеся активности ионов АТФ-азы. Биохимические показатели анаэробного звена энергетического обмена (по активности альдолаз, определяемых по фруктозо-1,6-дифосфату, фруктозо-1-фосфату, лактатдегидрогеназе и ее изоферментам) у больных неврозами находились у нижней границы нормы.

В целом авторы пришли к выводу о некотором снижении анаэробных энергетических процессов и усилении аэробных у больных с невротическими фобиями. Последнее, по их мнению, может рассматриваться в качестве адаптационной реакции в ответ на снижение аэробных процессов в головном мозге.

Г. Г. Незнамов и соавт. (1987) исследовали особенности перекисного окисления липидов у больных неврозами и выявили его активацию. Улучшение состояния больных под влиянием транквилизаторов сопровождалось нормализацией показателей перекисного окисления липидов.

Изучение обменных нарушений представляет интерес как с точки зрения уточнения значения их в патогенезе неврозов и формировании различных невротических проявлений, так и в плане более широкого изучения роли психогений в развитии нейродистрофических процессов как одного из основных патогенетических звеньев психосоматических заболеваний.

Соотношение между психологическими и биохимическими показателями у больных неврозами. Учитывая указания в литературе на роль особенностей личности в возникновении и формировании неврозов и эмоционально-стрессовых реакций, мы изучили взаимосвязь между

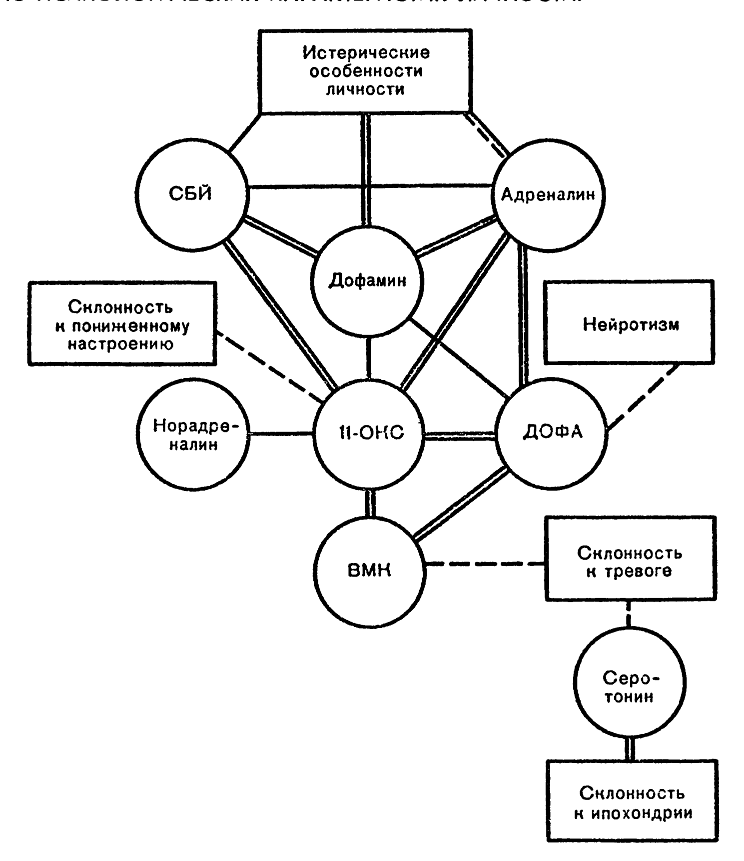
биохимическими показателями и психологическими характеристиками личности больных неврозами, в том числе и в условиях острого стресса. С этой целью биохимическое исследование было дополнено рядом психологических показателей, полученных с помощью стандартизованных методик, а именно многопрофильного личностного опросника (MMPI), набора интеллектуальных методик Векслера, личностного опросника Айзенка и теста рисуночной ассоциации Розенцвейга для исследования фрустрации. Все эти методики использовались в модифицированных в нашей стране вариантах.

При обследовании 55 больных было установлено, что уровни всех биохимических показателей в значительной мере взаимосвязаны между собой. Полученные основные статистически достоверные парные корреляции между биохимическими и экспериментально-психологическими показателями графически представлены на схеме 1.

Следует отметить особое место, которое занимает в приведенной схеме уровень 11-ОКС. Он взаимосвязан со всеми биохимическими показателями, кроме серотонина. Для последнего не получено ни одной значимой корреляции с остальными биохимическими показателями. Что же касается зависимости между биохимическими данными и показателями 21 экспериментально-психологической характеристики личности, устанавливаемыми с помощью приведенных выше методик, то лишь для 5 из них такую зависимость с результатами биохимических исследований удалось установить на уровне статистической значимости, а именно для выраженности истерических и ипохондрических черт, степени нейротизма, склонности к тревоге и пониженному настроению. Последние 3 фактора, в большей степени и непосредственно характеризующие эмоциональную сферу, оказались в отрицательной корреляционной связи с изучавшимися биохимическими показателями. Иначе говоря, большему уровню нейротизма, склонности к тревоге и пониженному настроению соответствовала тенденция к снижению содержания биохимически активных веществ.

Применение регрессионного анализа [Калинин О. М. и др., 1971] позволило рассмотреть вопрос о взаимосвязи личностных характеристик не с отдельно взятыми биохимическими показателями, а одновременно со всей их совокупностью. Критерием такой взаимосвязи является коэффициент связи (коэффициент множественной корреляции). В качестве прогнозируемой величины (ординаты)

СХЕМА 1. СТАТИСТИЧЕСКИ ЗНАЧИМЫЕ КОРРЕЛЯЦИОННЫЕ ВЗАИМОСВЯЗИ БИОХИМИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ И ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ХАРАКТЕРИСТИК ЛИЧНОСТИ.



Сплошная линия — положительные корреляции, одна — коэффициенты корреляции с уровнем значимости $P < 0{,}05$; две — $P < 0{,}01$; пунктир — отрицательные корреляции.

мы рассматривали 21 экспериментально-психологический показатель, а в качестве признаков, но основе которых производился прогноз, были избраны все 8 изучаемых биохимических показателей. Полученные коэффициенты множественной корреляции приведены в табл. 8, из которой видно, что для различных экспериментально-психологических характеристик личности возможности прогнозирования их на основе биохимических данных неоди-

Таблица 8. **Коэффициенты связи экспериментально-психологических характеристик личности с данными биохимического исследования**

Методы исследований	Характеристика личности	Коэффициент связи
Методика фрустрации	Направление реакций:	
	экстрапунитивное	0,51
	интрапунитивное	0,35
	импунитивное	0,48
	Тип реакций:	
	с фиксацией на препятствии	0,33
	» » » самозащите	0,17
	» » » удовлетворении потребности	0,26
Многопрофильный личностный опросник	Склонность к ипохондрии	0,63
	» » пониженному настроению	0,53
	Истероидные особенности личности	0,67
	Психопатические проявления	0,34
	Склонность к параноидным реакциям	0,48
	Психастенические особенности личности	0,46
	Шизоидные особенности личности	0,52
	Склонность к повышенному настроению	0,36
	Склонность к тревоге	0,55
Набор методик Векслера	Итоговая оценка	0,17
	Вербальная »	0,45
	Невербальная »	0,25
Личностный опросник Айзенка	Экстраверсия	0,31
	Нейротизм	0,51

наковы. Наибольшие коэффициенты установлены по отношению к таким экспериментально-психологическим характеристикам фрустрации, как показатели направленности реакции, в особенности экстрапунитивности, а по отношению к особенностям личности, выявленным с помощью шкал MMPI, наибольшие коэффициенты имели те из них, которые уже были отмечены выше при анализе парных корреляций. Это же относится и к показателю нейротизма. Таким образом, данные, полученные с помощью метода множественных корреляций, указывают на выраженную взаимосвязь между биохимическими и личностными показателями у больных неврозами.

С целью проверки реальности прогноза психологических показателей на основе биохимических данных нашей сотрудницей Н. В. Тарабриной (1973) были использованы результаты обследования 10 больных неврозами, которые не вошли в основную группу. На основе биохимических

данных, полученных у этих больных, были вычислены показатели экстрапунитивности. Вычисленные по формуле прогнозируемые величины оказались близкими к реальным показателям (реальная величина экстрапунитивности в среднем по группе — 11,6, прогнозируемая величина — 11,9), что подтверждает наличие достаточно выраженной взаимосвязи между экстрапунитивным направлением фрустрационных реакций и биохимическими данными.

Соотношения между психологическими характеристиками и изменением уровней изучавшихся нами биохимических веществ в условиях острого стресса у больных неврозами также изучались с помощью регрессионной программы. В качестве прогнозируемой величины (ординаты) в этом случае рассматривались биохимические показатели, а в качестве признаков, на основе которых производилось прогнозирование, был взят ряд психологических характеристик (фрустрации по Розенцвейгу, экстраверсии-интроверсии по методике Айзенка, шкал тревоги и склонности к ипохондрии по MMPI и вербального и невербального интеллекта по методике Векслера). Регрессионный анализ показал наличие взаимосвязи между психологическими и биохимическими показателями. Выявленные при этом коэффициенты находятся на статистически достоверном уровне, причем наибольшую прогностическую нагрузку имеют уровни 11-ОКС и серотонина, являющиеся индикаторами гипофизарно-адреналовой и энтерохромаффинной систем. Следовательно, изучавшиеся экспериментально-психологические характеристики больных неврозами можно использовать для прогнозирования биохимических сдвигов в кратковременных реакциях стресса у больных неврозами, что может иметь значение при исследовании их патогенеза, а также выбора психофармакологических средств для их лечения.

Что касается соотношения биохимической реактивности и особенностей личности, то заслуживают изучения два характерологических варианта, давно привлекавших к себе внимание психологов, физиологов и клиницистов: один с тенденцией к внешнему разряду (экспансивный), другой — со склонностью к задержке внешнего разряда, усилению и фиксации вегетативно-висцеральных реакций (импрессивный). При обследовании больных с хроническим цефалгическим синдромом невротической природы нами было установлено, что у больных неврозами с экспансивным психологическим вариантом при состояниях эмоционального напряжения не происходит значи-

тельного увеличения содержания катехоламинов в крови, у лиц же с импрессивным вариантом содержание адреналина и норадреналина существенно увеличивается. Отмечено также, что при острой травмирующей, особо значимой ситуации у больных с импрессивным вариантом повышение уровня катехоламинов особенно выражено и статистически достоверно; содержание гистамина остается нормальным или мало изменяется. При длительной травмирующей ситуации и астеноипохондрическом фоне у больных с импрессивным вариантом обнаружено достоверное повышение содержания адреналина и недостоверное увеличение количества норадреналина при значительном повышении уровня гистамина.

По данным В. К. Мягер (1976), сопоставление уровней катехоламинов в крови у больных неврозами с импрессивным и экспансивным вариантами реакций показало, что первый характеризуется преимущественным увеличением экскреции норадреналина, а второй — адреналина. В. К. Мягер также отмечает более высокое суммарное содержание катехоламинов в крови при импрессивном варианте реакций.

Эти данные еще раз подчеркивают возможную роль импрессивного характерологического варианта в усилении в ситуациях напряжения психосоматических реакций.

Соотношение между биохимическими показателями и характеристиками электрической активности коры головного мозга у больных неврозами. Объяснение выявленных различий уровня биохимически активных веществ при невротических состояниях в зависимости от клинических и психологических показателей патогенеза и состояния больных неврозами требует привлечения данных нейрофизиологического исследования. Как было показано в предыдущем разделе, последние свидетельствуют о том, что при неврозах возникают нарушения функциональной активности ретикулярной формации, гипоталамуса и лимбической системы, характер и выраженность которых различны при разных формах неврозов.

Под влиянием эмоционального стресса наряду с нарушениями функционального состояния коры надпочечников и других эндокринных органов возникает диссоциация ретикулярно-таламокортикального взаимодействия, а также наступают изменения в симпатическом и парасимпатическом отделах вегетативной нервной системы. Развитие невротических состояний сопровождается изменениями электрической активности мозга.

В уже упоминавшихся работах В. В. Бобковой (1971), проводившихся в нашей клинике, при электроэнцефалографическом исследовании больных неврозами выявлены разнообразные изменения электрической активности, среди которых определялись четкие различия в состоянии доминирующего ритма у больных с разными формами неврозов.

Преобладание на ЭЭГ больных каждой группы ритма определенного диапазона, особенности его пространственного распределения и сочетания с другими компонентами ЭЭГ, а также особенности реактивных изменений при сопоставлении с клинической картиной заболевания позволяют судить о вариантах нарушений корково-подкоркового взаимодействия, в частности о различной степени активации коры головного мозга со стороны диэнцефальных и стволовых компонентов ретикулярной формации. Последняя, согласно существующим представлениям, оказывает активирующее влияние на гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковую, симпатико-адреналовую и другие нейрохимические системы. Нами и В. В. Бобковой установлено, что у больных неврозами биохимические показатели, отражающие состояние стресса, взаимосвязаны с типом фоновой электрической активности коры головного мозга.

Среди типов электрической активности коры головного мозга большим своеобразием соответствующих ему уровней биохимически активных веществ отличается тип ЭЭГ-изменений, характеризующийся десинхронизированной активностью. Для больных с этим типом ЭЭГ характерно статически значимое по сравнению с другими группами больных неврозами снижение уровня 11-ОКС и белковосвязанного йода при достоверном повышении уровня серотонина. У больных с доминированием синхронизированной альфа-активности отмечено снижение уровня серотонина и 11-ОКС по сравнению с больными, у которых на ЭЭГ преобладали медленные волны.

Исследования, проведенные у больных неврозами, указывают на наличие определенной взаимосвязи между функциональным состоянием центральной нервной системы и уровнями функциональной активности гипофизарно-адреналовой, симпатико-адреналовой, энтерохромаффинной систем и щитовидной железы, в значительной степени определяющих систему реакций биологического уровня при стрессе.

Вопросы нейрогуморальной регуляции при неврозах

подвергнуты тщательному рассмотрению в работе А. М. Вейна (1982). Определялся циркадный ритм экскреции катехоламинов; подробный ритм (в течение 4 временных промежутков); реактивность симпатико-адреналовой системы при функциональных пробах (адреналиновой, инсулиновой, пробе с АКТГ). Подобным же образом исследовались гипофизарно-надпочечниковая и энтерохромаффинная системы. Авторы отмечают также недостаточную информативность оценки фоновых нейрогуморальных показателей в целом по группе больных неврозами без их клинической и психологической дифференциации. Существенным является указание, согласно которому при изучении нейрогуморальных показателей у больных неврозами необходимо предусматривать динамический подход с применением функциональных нагрузок и проводить анализ биоритмологических характеристик.

Следует также выделить работу Б. И. Мгалоблишвили, С. К. Чирковой (1987), в которой приводятся данные исследования особенностей функционирования нейрогормональных систем у 526 больных неврозами. В этой работе приводятся результаты исследования в плазме крови больных α- и γ-эндорфинов. Подчеркивается, что, несмотря на значительную индивидуальную вариабельность, у больных неврозами установлена выраженная тенденция к увеличению базальной концентрации этих опиоидов, особенно при истерическом и обсессивно-фобическом неврозах. При первом уровень α- и γ-эндорфинов в крови относительно контроля был увеличен соответственно на 64,5 и 62,6 %, при втором — на 36,0 и 42,2 %. У больных с истерическим неврозом улучшению состояния под влиянием психотерапии соответствовало уменьшение их концентрации.

* * *

При рассмотрении результатов биохимических исследований у больных неврозами, приведенных в настоящем разделе, обращает на себя внимание отсутствие существенных противоречий, имеющих место в наблюдениях других авторов [см., например, обзор В. Т. Бахура (1977)]. Это может быть объяснено несколькими причинами. 1. Установлены большая адекватность анализа показателей активности различных нейрохимических систем применительно к задачам изучения интимных меха-

низмов развития отдельных невротических симптомов и синдромов в их клиническом своеобразии и относительно меньшая ценность усредненных показателей уровней биохимически активных веществ для характеристики неврозов в целом и отдельных их форм. Это в известной мере обусловлено отсутствием до настоящего времени общепринятых критериев дифференциации форм неврозов, что во многом определяется их клиническим патоморфозом. 2. Анализ биохимических сдвигов у больных неврозами показывает, что для их клинической интерпретации обязателен учет стадии, фазы, степени компенсации и декомпенсации патологического процесса. 3. Большее клиническое значение приобретают сравнительные результаты одновременного изучения активности нескольких нейрохимических систем. 4. В ряде упоминавшихся исследований о сопоставлении биохимических и психологических показателей отмечено, что при всей важности учета степени и характера эмоционально-аффективного напряжения при анализе биохимических изменений в соотношении эмоций и биохимических сдвигов у больных неврозами играет роль не простое усиление эмоциональных реакций, а их преломление через особенности личности и систему ее отношений. 5. Работы наших сотрудников, а также исследования Ю. М. Губачева (1973) на модели невроза свидетельствуют о том, что изучение биохимических сдвигов при неврозах более перспективно при использовании многомерной статистики, дающей возможность выявить скрытые при обычных методах группировки и обработки материала закономерности взаимосвязи различных признаков (клинических, биохимических, психологических и др.). В свете этих данных становится понятной чрезвычайная вариабельность получаемых результатов. 6. Анализ многообразных изменений показателей различных нейрохимических систем становится более плодотворным, если он проводится в рамках определенной, более общей биологической (в данном случае психо-социально-биологической) концепции.

Как справедливо подчеркивают В. Т. Бахур (1977) и многие другие авторы, большое значение в формировании новых взглядов на происхождение и роль нейроэндокринных сдвигов при неврозах имела концепция стресса Г. Селье. Учет указанных факторов повышает ценность данных современного биохимического исследования для понимания особенностей клинических проявлений неврозов и механизмов их развития.

Стремление к объединению психологических и физиологических сторон в изучении механизмов невротических расстройств привело к разработке методологии психофизиологического эксперимента.

Основы формирования отечественного психофизиологического направления в изучении неврозов заложены в трудах создателей концепции нервизма и прежде всего И. М. Сеченова, И. П. Павлова, В. М. Бехтерева, Н. Е. Введенского, А. А. Ухтомского.

Значительным вкладом в разработку этой методологии применительно к задачам изучения нервно-психических заболеваний явились работы В. Н. Мясищева (1926, 1930), В. М. Бехтерева (1928), в которых был сделан важный шаг к переходу от изучения одних лишь аналитических рефлекторных, в частности нейросоматических, компонентов к учету роли таких сложных и синтетических образований, как личность и сознание и соотношений между ними.

Задача объединения психологических и физиологических аспектов исследования (как в клинических наблюдениях, так и в эксперименте) нашла отражение в многочисленных работах сотрудников отделения неврозов и психотерапии Института им. В. М. Бехтерева независимо от того, какая методика использовалась — гальванометрия, ЭЭГ, плетизмография, ЭМГ, биохимические исследования и др.

Широкое распространение при исследовании неврозов получил психофизиологический эксперимент, заключающийся в применении словесных раздражителей и моделировании ситуаций, различных по эмоциональной значимости для больного, в сочетании с регистрацией физиологических и биохимических показателей. В таком эксперименте физиологические и биохимические изменения определяются избирательным отношением человека к содержанию радражителя и, следовательно, имеют не только физиологический, но и психологический смысл.

Будучи зарегистрированными при различных невротических состояниях, они характеризуют и эти состояния, и то единство психического и физиологического, которое лежит в основе монистических материалистических представлений о природе психогенных расстройств.

Психофизиологический аспект в изучении неврозов человека представляется особенно адекватным потому,

что психическая травматизация, являющаяся их причиной, всегда содержательна и отражает индивидуальное отношение человека к травмирующим обстоятельствам, сформированное в результате его личного и жизненного опыта. Вместе с тем психическая травма ведет к дезорганизации деятельности нервной системы и организма в целом, к возникновению многообразных функциональных нарушений, в частности нейровегетативных расстройств.

Вскрытие содержания психической травмы, изучение и учет личностных особенностей больного — задачи психологического исследования. Изучение нарушений нейродинамики и соматических сдвигов требует использования разнообразных физиологических и биохимических методик. Психофизиологический эксперимент обеспечивает и одну, и другую стороны исследования в их связи и единстве.

Психофизиологические исследования в нашей клинике были посвящены изучению общих неврозов, психогенных соматических нарушений при неврозах, а также ряду важных в клиническом отношении невротических синдромов. В работах Е. К. Яковлевой (1958), В. В. Бобковой (1971), В. Г. Мягер (1976), Т. А. Немчина (1983) и др. исследовались особенности биоэлектрической активности коры головного мозга при различных формах неврозов, эмоциональных расстройствах (тревога, страх, напряженность, апатия и др.), изменения ЭЭГ под влиянием сенсорных и словесных раздражителей. Слова по степени их эмоциональной значимости для больного условно были разделены на три группы: 1) индифферентные, 2) относящиеся к патогенным переживаниям и 3) относящиеся к основным симптомам болезни. Кроме того, обследуемым предъявлялись фотографические сюжеты с аналогичным распределением на три группы в зависимости от их содержания.

При использовании моделей остро развившегося и затяжного невроза в психофизиологическом эксперименте с регистрацией ЭЭГ и кожно-гальванического рефлекса было установлено, что словесные раздражители, относящиеся к патогенным переживаниям, отражающим психотравмирующую ситуацию, более выражены у больных с остро развившимся неврозом, в то время как реакции на словесные раздражители, относящиеся к обсессивно-фобическим проявлениям болезни, оказались более выраженными при неврозе развития. Эти исследования показали, что при неврозе навязчивых состояний реактивные

изменения на ЭЭГ определяются не столько силой раздражителя, сколько его эмоциональным значением для больного. В период значительного улучшения состояния больного или выздоровления нормализовалась ЭЭГ, и вместе с тем исчезали реакции на эмоционально значимые словесные раздражители.

Были изучены также особенности ЭЭГ у больных неврозами с различными состояниями страха. При синдромах невротической тревоги и страха наиболее выраженные реакции на ЭЭГ отмечались на слова, относящиеся к основным клиническим симптомам, связанным с содержанием страха и его фабулой, а при фобиях особенно выраженными и продолжительными были реакции на слова и фотосюжеты, отражающие особенности травмирующей ситуации. В процессе психотерапии отмечалось относительное преобладание реакций на раздражители, относящиеся к психотравмирующим переживаниям, особенностям патогенной ситуации с постепенным уменьшением их в случае эффективности психотерапии.

В исследованиях В. В. Бобковой (1971) выявилась характерная закономерность изменений биоэлектрической активности коры головного мозга при различных невротических синдромах, коррелировавшая с особенностями поведения и определенным психическим состоянием больного. Так, у больных, ЭЭГ которых характеризовалась преобладанием синхронизированной альфа-активности, наличием генерализованных вспышек альфа-волн, уменьшением быстрых потенциалов, сглаживанием регионарных различий и ослаблением либо извращением реакций на аффективные раздражители, в клинической картине отмечались симптомы общей слабости и быстрой утомляемости, снижение настроения и интереса к окружающему. Это снижение эмоционального тонуса коррелировало с биоэлектрической картиной снижения функционального состояния и тонуса коры головного мозга. Напротив, у больных, на ЭЭГ которых отмечалась чрезмерная выраженность быстрых асинхронных колебаний и острых волн, указывающая на преобладание возбудительного процесса, а также на своеобразный характер реакций на световой ритмический раздражитель и фармакологические воздействия, в клинической картине наблюдались повышенная эмоциональная возбудимость и лабильность, раздражительность, склонность к аффективным реакциям, повышение эмоционального тонуса с проявлениями малодифференцированной тревоги и страха,

которые являются выражением повышенной нервно-психической реактивности. При этом большое значение для понимания патофизиологических механизмов и клинических проявлений невроза имело изучение электроэнцефалографических реакций на словесные раздражители. Если при обычных сенсорных раздражениях можно судить о реактивности различных анализаторных систем, то словесные воздействия позволяли выявить избирательную выраженность реакции на смысловое значение раздражителя. Реакции на словесные раздражители сопровождались неоднозначными изменениями электрической активности, зависящими от типа исходной ЭЭГ, от значимости словесного раздражителя и отношения больного к исследованию. Словесные раздражители, затрагивавшие «больные пункты», были чрезмерно сильными для большинства больных. Они вызывали отчетливые, но неоднозначные изменения электрической активности, большей частью выражавшиеся в подавлении альфа-активности, усилении быстрых колебаний и появлении на этом фоне медленных волн и мышечных потенциалов. Состояние тревожного ожидания (например, при предстоящем словесном эксперименте) нередко сопровождалось значительными нарушениями электрической активности и вегетативными проявлениями. После успокаивающей беседы в ряде случаев нормализовалась электроэнцефалографическая картина.

Экспериментальные психофизиологические исследования были шире использованы при изучении неврозов с расстройствами функций основных анатомо-физиологических систем — сердечно-сосудистой, желудочно-кишечной и др. В процессе исследования регистрировалось одновременно несколько физиологических показателей, отражавших особенности реактивности коры головного мозга (ЭЭГ), преимущественно вегетативной нервной системы (кожно-гальванический рефлекс — КГР), а также тех или иных изучаемых систем (ЭКГ, плетизмограмма, пьезопульсограмма, запись дыхания, оксигемограмма, электрогастрограмма — запись моторики и кислотности желудочного сока и др.).

Применение психофизиологического эксперимента в дополнение к клинико-психологическому методу позволяет лучше изучить механизмы избирательного реагирования отдельных физиологических систем при неврозах.

При изучении невротических нарушений сердечной деятельности А. Я. Страумитом [цит. по Бобковой В. В.

и др., 1968] была сделана попытка объективизировать динамику взаимоотношений между переживаниями, связанными с конфликтной жизненной ситуацией, и переживаниями, обусловленными страхом за состояние сердца, в их влиянии на сердечную деятельность. Регистрировались ЭЭГ, ЭКГ и частота дыхания. Учитывались реакции на специально подобранные словесные раздражители, адресованные к особенностям личности больных, клинической картине заболевания и к патогенной жизненной ситуации. Повторные исследования позволили не только уточнить связи между определенными переживаниями и расстройствами сердечной деятельности, но и выявить некоторые закономерности их динамики в процессе лечения. При поступлении в клинику у больных особенно частыми и выраженными были реакции ЭЭГ и ЭКГ на представления, связанные с нарушением сердечной деятельности. При этом ЭКГ-реакции, отражающие избирательный характер психосоматического переключения при эмоциональном стрессе, были более выраженными, отмечались у большего числа больных и могли возникать вне заметных изменений на ЭЭГ. Под влиянием психотерапии, направленной на осознание больным конфликтной ситуации как причины невроза, отмечались определенные электрографические изменения. Учащались и становились более выраженными ЭЭГ-реакции на представления, связанные с психотравмирующими обстоятельствами. ЭЭГ-реакции в ответ на представления, касающиеся состояния сердца и проявления кардиофобии, наоборот, урежались и становились менее заметными. Приведенная динамика показателей психофизиологического эксперимента отражала динамику состояния больных, выявляемую и клиническим методом.

Экспериментальные психофизиологические исследования проводились также с использованием методики оксигемографии. После определения кривой покоя проводились беседы с пациентами. Эти беседы строились с учетом психогенеза невроза и особенностей личности больного, в последующем их содержание изменялось в зависимости от результатов эксперимента. Установлено, что под влиянием беседы, затрагивающей основные болезненные переживания, наблюдались существенные сдвиги в оксигемограмме. При этом отмечалось резкое снижение насыщения артериальной крови кислородом. Выявилось также, что для изменения степени насыщения важны не только сила эмоционального воздействия и его про-

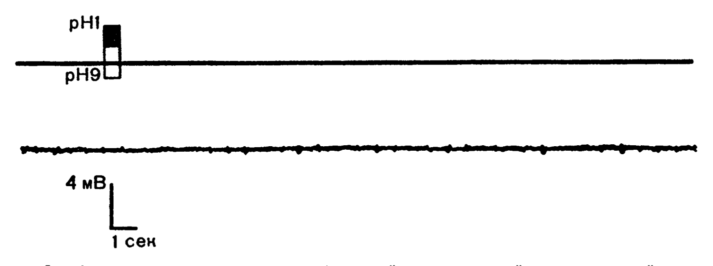


Рис. 8. Электрогастрограмма больной с нервной анорексией.

Вверху — запись кислотности, внизу — моторики желудка Глубокое угнетение кислотообразующей функции желудка — анацидитас (pH 7,0) и моторики (ареактивный, нулевой тип ритма)



Рис 9. Электрогастрограмма больной с невротической рвотой.

Вверху — запись кислотности, внизу — моторики желудка Двигательное моторное возбуждение желудка по извращенному дыхательному типу ритма; кислотность — инертное состояние гиперацидитас (pH 0,7)

должительность, но и однородность раздражителей по смысловому значению, обстановка, в которой находится обследуемый, и его отношение к ней. При эмоционально-положительных состояниях или возбуждении степень насыщения артериальной крови кислородом увеличивалась. Указанные особенности оксигемограммы у больных неврозами отражали не только их субъективное состояние в процессе экспериментов, но и более длительные изменения на протяжении всего течения заболевания.

Наш сотрудник Б. Ф. Тищенко (1971) исследовал особенности нарушений желудочно-кишечного тракта при неврозах. Для этого была разработана оригинальная методика автоматической регистрации моторики желудка и кислотности желудочно-кишечного сока с одновременной записью на ленте, позволившая судить о состоянии и динамике основных функций желудка под влиянием тех или иных раздражителей. Исследования позволили осветить некоторые стороны патогенеза расстройств пищеварительной системы (нарушения первой фазы пищеварения, анорексии, навязчивая рвота — рис. 8, 9). У больных, страдающих привычной рвотой, было выявлено повышение двигательной активности желудка в от-

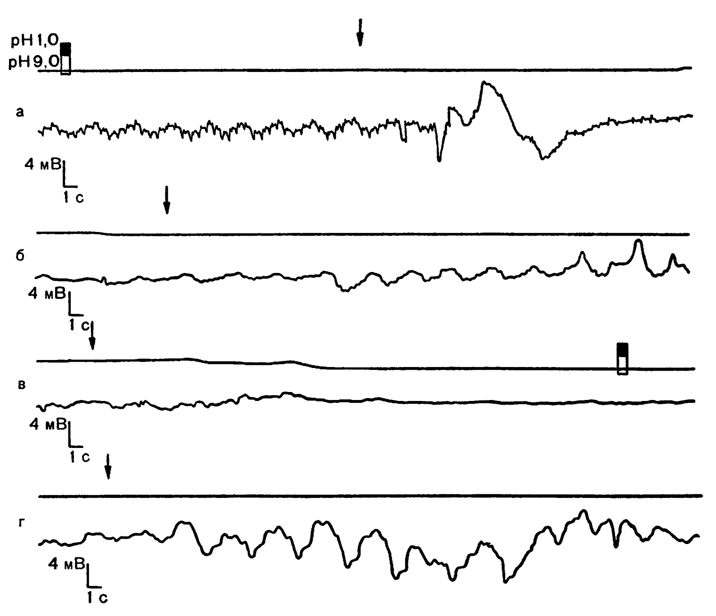


Рис. 10. Электрогастрограммы у больных с психогенными расстройствами под влиянием представлений, связанных с психогенией. Вверху — запись кислотности, внизу — моторики желудка

а — резкое угнетение моторики желудка с появлением аритмичного колебания; кислотность не меняется, б — усиление моторики желудка в форме повышения амплитуды дыхательного ритма, кислотность не меняется; в — резкое падение кислотности от pH 3,5 до pH 8,0 и выраженное угнетение моторики желудка; г — резкое усиление моторики желудка в форме повышения амплитуды дыхательного ритма с появлением апериодических колебаний. Момент предъявления словесных раздражителей отмечен стрелкой

вет на различные раздражители, в том числе и на словесные, эмоционально значимые. Во многих случаях реакция на словесный раздражитель превышала реакцию на безусловный раздражитель.

На рис. 10 отмечены изменения электрогастрограммы под влиянием словесных раздражителей, отражающих особенно значимые для больных стороны болезненного состояния. У пациента с канцерофобией (см. рис. 10, а) резкое угнетение моторики с появлением аритмичного колебания на электрогастрограмме при одновременном возникновении чувства тошноты было отмечено при мысленном представлени о заболевании раком. Даже менее дифференцированное представление о своей тяжелой соматической болезни, вызванное словом «болезнь», а также актуализация предствлений от отдельных особенно тягостных ее переживаниях (слово «страх»), как

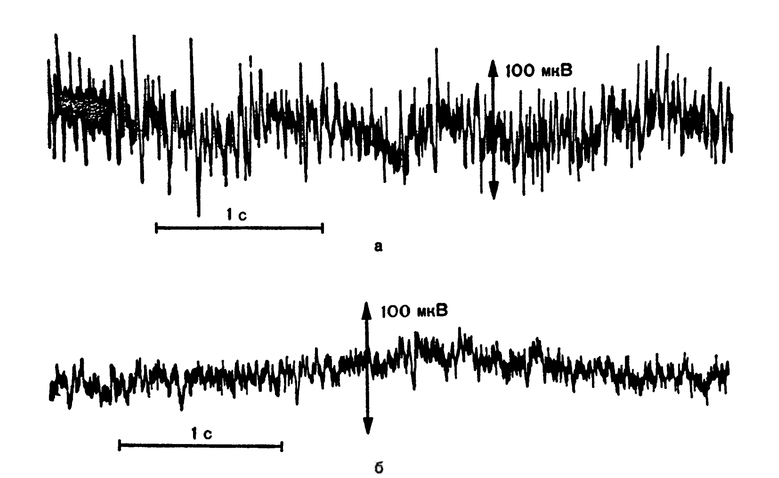


Рис. 11. ЭМГ затылочной мышцы больной Ж.

а — во время сильной головной боли в шейно-затылочной области; б — при отсутствии головной боли.

видно на рис. 10, б, в, вызывали выраженные изменения кислотности и моторики желудка. Резкое усиление моторной функции желудка в форме повышения амплитуды колебаний дыхательного ритма с появлением апериодических колебаний отмечено под влиянием представлений об институте, включенном в психогению (рис. 10, г).

Приведенные данные о психосоматических переключениях в отдельных соматических системах позволяют предполагать, что аналогичные механизмы нарушений функций этих систем могут иметь место и вне области неврозов, по крайней мере как один из дополнительных компонентов патогенеза и других заболеваний. В психогигиеническом плане в этих экспериментах следовало бы обратить внимание на роль в механизмах возникновения заболевания эмоционального стресса, обусловленного переживаниями самого факта болезни, так называемой внутренней картины болезни, а также ятрогенными воздействиями.

В обширном учении о боли, имеющем общебиологическое, медицинское и психологическое значение, одной из наиболее актуальных является проблема психогенных головных болей. Наиболее распространенными в настоящее время являются две альтернативные точки зрения на их природу. Одна из них сводится к отрицанию при психогенных болях физиологических механизмов боли, к трактовке их как чисто психического феномена.

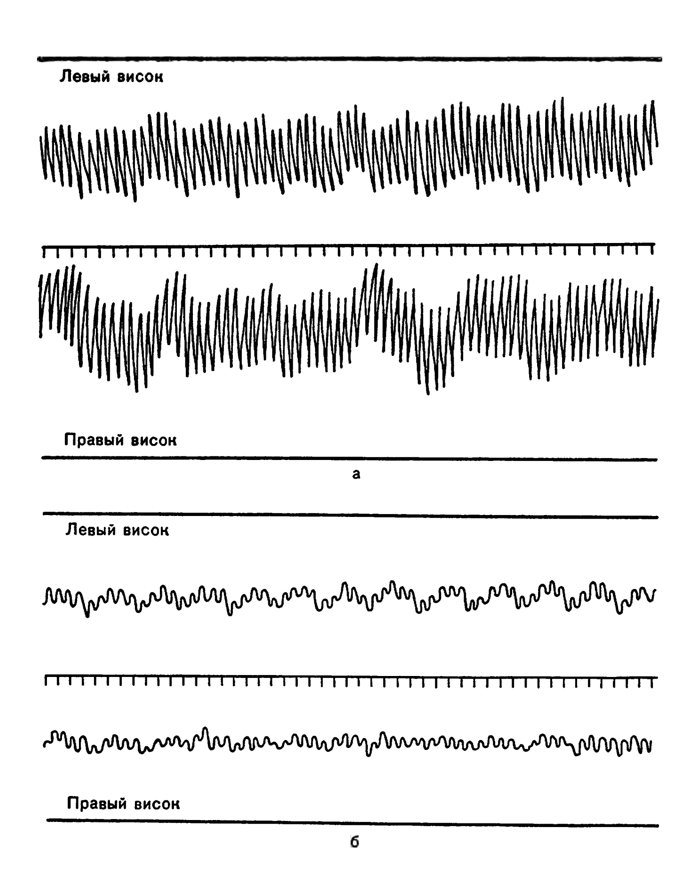


Рис. 12. Височные плетизмограммы больной А.

а — во время двусторонней пульсирующей головной боли; б — значительное уменьшение головной боли (эрготаминовый тест).

Сторонники второй точки зрения, оперируя еще недостаточно ясными физиологическими механизмами психогенных болей, склонны недооценивать или даже игнорировать роль психического фактора в их патогенезе.

В наших исследованиях [Карвасарский Б. Д., 1969] с помощью психофизиологического метода были выявлены механизмы нарушения функционального состояния отдельных физиологических систем при развитии различных видов психогенных головных болей, в частности головной боли нервно-мышечного и нервно-сосудистого типа. В первом случае боль обусловлена тоническим напряжением мышц головы и шеи под влиянием эмоцио-

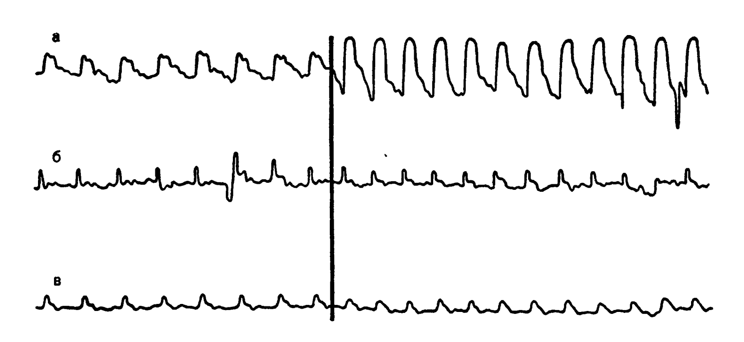


Рис. 13. Пьезопульсограммы больной неврозом. Слева — фон, справа — изменение амплитуды пульсовых колебаний под влиянием представлений о психотравмирующей семейной ситуации.

а — глазной пульс; б — височная артерия, в — лучевая артерия.

нального напряжения. Этот механизм иллюстрируется ЭМГ с затылочных мышц у больной Ж., страдающей истерией (рис. 11). Головная боль возникла под влиянием беседы, затрагивающей психотравмирующие обстоятельства ее личной жизни. На рис. 11 видно резкое повышение амплитуды мышечных потенциалов с затылочной мышцы по сравнению с нормальной амплитудой мышечных потенциалов в спокойном состоянии при отсутствии головной боли. Такое изменение ЭМГ свидетельствует о повышении тонуса затылочных мышц, что и обусловило развитие выраженной головной боли в шейно-затылочной области. На рис. 12 приведены височные плетизмограммы больной А., страдающей неврастенией, во время двусторонней пульсирующей головной боли с преимущественной локализацией в височных областях, возникшей после получения письма из дома и беседы с лечащим врачом, в которой были затронуты обстоятельства ее жизни, имеющие непосредственное отношение к психогении. Невротическая головная боль нервно-сосудистого типа обусловлена главным образом раздражением чувствительных нервных окончаний в сосудах системы наружной сонной артерии при патологической пульсовой деформации их стенок. На рис. 12, а значительному уменьшению головной боли после подкожного введения дигидроэрготамина соответствует выраженное снижение амплитуды пульсовых колебаний височных артерий.

Психофизиологические исследования также были направлены на изучение особенностей сосудистой реактивности у больных неврозами. Регистрировались изменения

сосудистого тонуса с помощью пьезопульсографической методики в различных артериальных системах: мозговых сосудах (по глазному пульсу), височных и лучевых артериях. Как видно из рис. 13, у больной Н. с синдромом вегетососудистой дистонии под влиянием представления о психотравмирующей семейной ситуации отмечается резкое повышение амплитуды глазного пульса, т. е. резкое изменение тонуса в системах внутренних сонных артерий, в то время как амплитуда пульсовых колебаний височных артерий даже снизилась, что подчеркивает дистонический характер нарушений сосудистой реактивности.

Таким образом, приведенные материалы подтверждают определенную направленность отдельных реакций при эмоциональном стрессе у больных неврозами. Естественно, у больных в этом случае развивается весь комплекс неспецифических реакций, свойственный всем другим больным неврозами и даже здоровым людям. Однако с точки зрения психогенеза основных проявлений болезни весьма существенно акцентировать внимание именно на этой стороне механизмов симптомообразования. В силу ряда причин, имеющих как врожденный, так и приобретенный в течение жизни характер, выраженность общих реакций отдельных физиологических систем организма при стрессе может быть различной и зависит от их реактивности.

Приведенные работы позволяют рассмотреть на клинико-экспериментальном материале динамику эмоционального стресса при неврозе, причем это касается не только его биологических коррелятов, но и психологических механизмов. Значительный интерес представляет вопрос о внутренне обусловленной закономерной смене значимости психологических стрессоров при неизменной конфликтной ситуации, ведущей к неврозу. Один из аспектов этой сложной и актуальной проблемы находит частичное отражение в уже упомянутых исследованиях, которые показали, что конфликтная патогенная ситуация, имеющая основное значение в возникновении невроза, на определенных этапах его развития может «заслоняться» новыми психологическими стрессорами. В качестве таковых чаще всего выступают сами болезненные нарушения, т. е. ведущие симптомы невроза. Данные Е. К. Яковлевой получены при обследовании двух различных групп больных неврозами. А. Я. Страумит проанализировал динамику состояния отдельного больного с закономерной сменой психологических стрессоров в процессе

психотерапии неврозов: от стресса, вызванного психотравмирующей ситуацией, к стрессу, сохраняющемуся благодаря переживанию болезни, и вновь к стрессу, хотя и определяющемуся прежней психогенией, но с перспективой его устранения в условиях активной психотерапии, направленной, с одной стороны, на разрешение конфликтной ситуации, а с другой — на попытку изменить отношение больного к этой ситуации.

Эти исследования вновь ставят вопрос о необходимости рассмотрения с психофизиологических позиций неврозов, вызываемых недостаточно осознаваемыми психологическими стрессорами, и в целом проблемы сознательного и бессознательного при неврозах [Костандов Э. А., 1977; Прангишвили А. С., Шерозия А. Е., Бассин Ф. В., 1978, и др.].

Помимо указанных механизмов динамики состояний эмоционального стресса при неврозах, возможны и другие механизмы их развития. При одном из них эмоциональный стресс выступает лишь как первое пусковое звено возникновения патологических нарушений. В качестве клинической иллюстрации этого положения можно привести механизм развития одной из форм дыхательного невроза — синдрома нарушения ритма дыхания. Под влиянием эмоционального стресса у больного учащается дыхание. В связи с наступающей гипервентиляцией больным утрачивается чувство полноценности вдоха. Понимание важности нормального акта дыхания для сохранения жизни приводит к фиксации на этой системе часто в связи с особенностями психогении. Возникают опасения и тревога за свое состояние. Стремясь преодолеть чувство неполноценности вдоха, больной сознательно делает более глубокие вдохи, форсирует дыхательные движения и тем самым усиливает явления теперь уже искусственной гипервентиляции. В результате проявляется комплекс сопутствующих гипервентиляции ощущений в виде легкого головокружения, поташнивания и, что наиболее характерно для этих больных и обычно пугает их, отсутствия потребности во вдохе вследствие избыточного насыщения крови кислородом и снижения возбудимости дыхательного центра. Постепенно это приводит больных к убеждению о серьезном характере болезненных нарушений дыхания, о его неполноценности, о кислородном голодании, возникают выраженная тревога и страх за жизнь, способствующие дальнейшему развитию эмоционального стресса.

Подчеркивая значение полученных данных для формирования более глубоких представлений о механизмах психогенных расстройств, необходимо вместе с тем отметить ценность их для улучшения дифференциальной диагностики и проведения патогенетически обоснованной психо- и соматотерапии.

ЗНАЧЕНИЕ ПРИЖИЗНЕННЫХ МОРФОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ ДЛЯ ПОНИМАНИЯ ПАТОГЕНЕЗА НЕВРОЗОВ

Изучение нейрофизиологических механизмов неврозов в последние десятилетия ученые стремятся дополнить методами контрастной нейрорентгенографии — пневмоэнцефалографии (ПЭГ) и ангиографии, а в настоящее время — компьютерной томографии головного мозга.

Не вызывает сомнений ни научная ценность данных, получаемых указанными методами, ни их клиническая аргументированность в тех случаях, когда речь идет об особенно тяжелых формах неврозов, при которых в качестве факторов, способствующих развитию невроза, могут выступать нерезко выраженные текущие или резидуальные органические поражения мозга травматического, инфекционного, интоксикационного и иного происхождения.

Наиболее крупные исследования в этом плане выполнены в нашей клинике [Карвасарский Б. Д., 1969; Калашников А. В., 1973; Пиль Б. Н., 1977; Абабков В. А. и соавт., 1988], а также А. М. Вейном с соавт. [Попов Е. М., 1974; Вейн А. М., 1982, и др.]. При этом первые авторы рассматривают преимущественно клинический аспект полученных данных, а вторые делают акцент на нейрофизиологических механизмах.

Определенные расхождения, существующие в отношении неврологических аспектов неврозов, связаны не с общей оценкой значимости этого направления в изучении неврозов, а скорее с клинической трактовкой полученных данных.

Вряд ли можно безоговорочно согласиться с положением, что «мягкая органическая предиспозиция является характерным качеством мозга у больных неврозами» [Вейн А. М., Родштат И. В., 1974]. Если это положение оправдано применительно к тяжелым, длительно текущим неврозам, то оно не может быть принято по отношению к гораздо более многочисленным амбулаторным их формам. Подобно тому, как многие психиатры склонны

видеть почти в каждом неврозе декомпенсацию психопатии, невропатолог чаще всего представляет себе лиц, страдающих неврозами, как больных со скрытыми органическими изменениями, что психологически облегчает понимание патогенеза страдания и выбор терапии. Этому несомненно способствует то обстоятельство, что наиболее тщательные клинические наблюдения и исследования неврозов обычно осуществляются невропатологами и психиатрами в клиниках — неврологической и психиатрической, и, следовательно, в поле их зрения попадают выборочные, наиболее тяжелые формы неврозов, которые часто возникают на органическом и психопатическом фоне.

Наши исследования, проведенные более чем у 300 больных, поступивших в отделение неврозов, данные А. М. Вейна и соавт., а также работы ряда зарубежных авторов [Prokopowicz A., 1977, и др.] указывают на значительную частоту у этих больных патологических симптомов, выявленных на ПЭГ, в виде гидроцефалии, слипчивых и кистозно-слипчивых процессов в оболочках головного мозга, атрофии коры и подкорки, расширения желудочков, чаще III, цистерн основания и др.

К сожалению, такие вопросы, как степень достоверности различий между выявляемыми у больных неврозами изменениями на ПЭГ и вариантами пневмоэнцефалографических показателей у здоровых людей, уровень компенсации установленных морфологических нарушений, их свидетельство в пользу текущего или резидуального характера поражения и многие другие, конечно, весьма сложны и до конца не разработаны. Это определяется и тем, что в клинике неврозов нередко речь идет о стертом, чаще продуктивном, гиперпластическом, вялом процессе в большинстве случаев с отсутствием обычных воспалительных изменений в спинномозговой жидкости и убедительных очаговых симптомов поражения центральной нервной системы. Последние же иногда встречаются и у практически здоровых людей, никогда не обращавшихся за медицинской помощью.

Разумеется, несмотря на сделанные замечания, которые необходимо всегда иметь в виду, исследования в указанных направлениях следует продолжать.

Среди 200 больных, поступивших в нашу клинику с первоначальным диагнозом различных форм неврозов и доминирующим симптомом в виде многолетней упорной головной боли, указанные выше патологические ПЭГ-

симптомы были установлены в различных сочетаниях у 171 больного с неврозоподобными вариантами церебральных арахноидитов, энцефалитов и диэнцефалитов, в части случаев — их сочетаний с неврозами и невротической фиксацией органического страдания.

Значительный интерес представляет работа Е. М. Попова (1976), в которой приведены данные ПЭГ больных тяжелыми формами неврозов с классическими истерическими симптомами (параличи, припадки, гиперкинезы и др.). Из 30 таких больных убедительные изменения на ПЭГ установлены у 19, из 30 же больных с другими невротическими синдромами — у 10. Кроме того, у 15 больных обеих групп выявлены отдельные нечеткие или сомнительные изменения в виде нерезкого расширения III желудочка или легкого расширения одного бокового желудочка, одностороннего расширения субарахноидальных пространств. Следовательно, в целом из 60 больных ПЭГ-признаки оказались абсолютно нормальными лишь у 16 (26,6 %). Автор подчеркивает бóльшую степень патологии на ПЭГ у больных с функциональными двигательными расстройствами: параличами, припадками и др. Представляет интерес, что патологические проявления на ПЭГ у больных неврозами с другими невротическими синдромами были менее выраженными.

В. А. Абабковым и соавт. (1988) проведена компьютерная томография головного мозга у 100 больных нашей клиники; 60 из них условно составили группу больных с «чистыми» неврозами и 40 — с возможными резидуальными церебральными изменениями.

У 34 из 60 больных первой группы с астеновегетативными, астеноипохондрическими, обсессивно-фобическими и другими невротическими расстройствами не установлено изменений при компьютерной томографии. У остальных 26 с подобными же расстройствами выявлены изменения в виде небольшого расширения борозд или единичных кист височных долей (чаще левой), незначительного расширения сильвиевых щелей, небольшого, иногда асимметричного, расширения боковых желудочков, в единичных случаях отмечено умеренное расширение отдельных борозд другой локализации, ретропинеального и ретроселлярного пространств, III желудочка, единичные мелкие кисты различной локализации. Нередко отмечались сочетания указанных изменений.

Вторая группа в клиническом плане была представлена преимущественно пациентами с истерическими невро-

тическими расстройствами на фоне выявляемого неврологически, а также по данным дополнительных исследований (ЭЭГ, краниография) резидуального поражения головного мозга. Основными синдромами в этой группе были астеновегетативный, астеноипохондрический, фобический. У 31 из 40 этих больных отмечались более выраженные изменения, чем у пациентов первой группы. Это были диффузные атрофические процессы коры головного мозга, внутренняя водянка, атрофический процесс в лобных и височных долях. Так же как и у больных первой группы, преобладали расширения борозд височных областей и сильвиевых щелей (преимущественно слева), расширение боковых желудочков.

Приведенные исследования, а также принципиально не отличающиеся от них данные зарубежных авторов свидетельствуют о том, что существенную роль в этиопатогенезе тяжелых неврозов часто играет церебральная патология. Объективная информация о состоянии мозга и ликворных пространств, получаемая с помощью ПЭГ и компьютерной томографии головного мозга, способствует пониманию этиопатогенеза болезни, а также ведущих клинических синдромов с учетом выявленных органических изменений в центральной нервной системе, приобретающих, вероятно, определенное значение в формировании, динамике, компенсации и декомпенсации невротических состояний с затяжным рецидивирующим течением.

Работами отечественных авторов [Вейн А. М., Родштат И. В., 1975; Колосова О. А., 1975; Вейн А. М., 1982] внесен ценный вклад в проблему, которую А. И. Гейманович в 20-х годах определил понятием неврологии личности. А. Г. Лещенко, посвятивший этим вопросам ряд исследований [Лещенко А. Г., 1971, 1976; Лещенко А. Г. и др., 1975], под неврологией личности понимает изучение клиники, механизмов и лечения общих или частичных изменений личности, наступающих вследствие очаговых, структурных поражений головного мозга, в основном его лимбических и лобно-префронтальных отделов. В упоминавшихся исследованиях А. М. Вейна и соавт. получены интересные данные об особенностях изменений личности при органических поражениях головного мозга, влиянии локальных поражений его на изменение структуры личности, особенностях структуры личности при патологии лимбико-ретикулярного комплекса. С учетом ПЭГ-данных о поражении последнего у многих

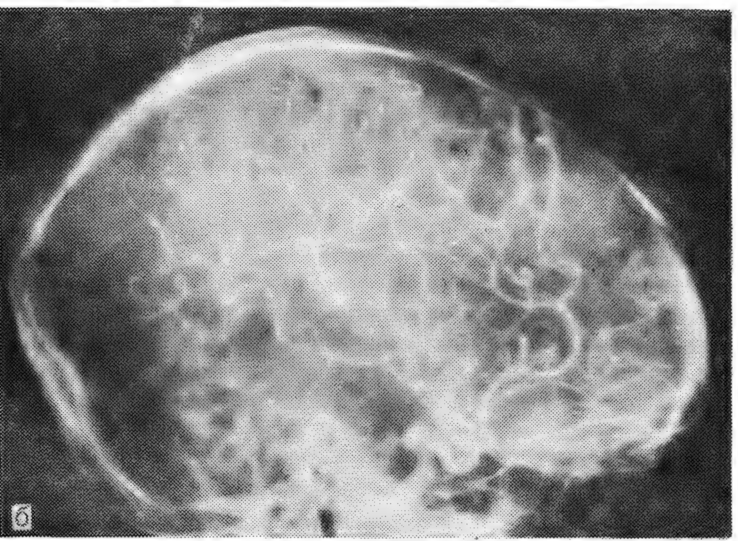
больных неврозами сделан вывод о значении деформации личности под влиянием перенесенных травм, инфекций, интоксикаций в развитии невротических состояний.

В связи с указанным необходимо подчеркнуть, что неврология личности (накапливаемые в этом направлении факты) раскрывает важнейшие механизмы влияния локальных и диффузных дефектов мозга на формирование нейродинамических основ личности, психопатологических нарушений, облегчающих в соответствующих условиях наступление невротического срыва. Но этим, конечно, не исчерпывается характеристика преморбидной личности больного неврозом. Влияние церебральных дефектов на столь важную в структуре личности систему отношений, разумеется, не может быть прямым и непосредственным. Поэтому в соответствии с изложенным в предыдущих разделах следует еще раз подчеркнуть, что вопрос об условиях патогенности психотравмы при неврозах — это проблема не только и не столько неврологии личности, сколько индивидуальной и социальной ее психологии, прежде всего системы жизненных отношений человека, ибо патогенность психотравмы для индивида тем выше (и это положение подтверждается клинико-психотерапевтическим и экспериментальным опытом), чем более значимыми для данной личности являются нарушенные отношения и чем более центральное место занимают они в системе отношений личности к действительности.

В последний период с усовершенствованием техники проведения все большее значение приобретает церебральная ангиография, позволяющая прижизненно определять морфологическое состояние сосудистого русла, а также судить о функционально-динамических изменениях церебральной гемодинамики.

Метод чрескожной серийной каротидной ангиографии был использован при исследовании больных, поступивших в клинику неврозов с многолетними упорными сосудистыми головными болями. Исследование выполнено у 40 больных, в том числе у 15 с «чистыми» неврозами; 33 из них произведена двусторонняя ангиография [Калашников А. В., 1973].

На основании анализа полученных данных наряду с вариантами нормы у этих больных были установлены следующие изменения сосудов системы внутренних сонных артерий: 1) динамический спазм сосудов головного мозга; 2) реакция сосудов на гипоксию (чрезмерное рас-


б

крытие артерий 2-го и 3-го порядка); 3) первичные изменения сосудов каротидной системы на разных ее уровнях (петлеобразование, перегибы, гипоплазия и др.) и гемодинамические нарушения; 4) вторичные изменения сосудов каротидной системы, возникающие вследствие органических поражений оболочек и вещества головного мозга.

Первичные изменения сосудов каротидной системы, как представляющие наибольший интерес в характеристике фона, были установлены у 6 больных с «чистыми» неврозами, у 2 больных неврозами в сочетании с мигренью и у 2 больных неврозами на фоне перенесенных органических заболеваний головного мозга (рис. 14).

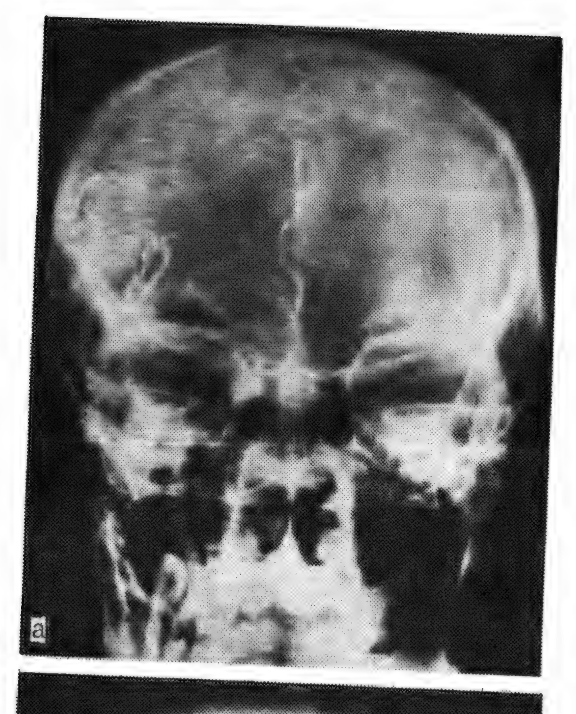
На важную роль патологических изменений экстракраниальных отделов внутренних сонных артерий в генезе сосудисто-мозговой недостаточности указывают многие авторы.

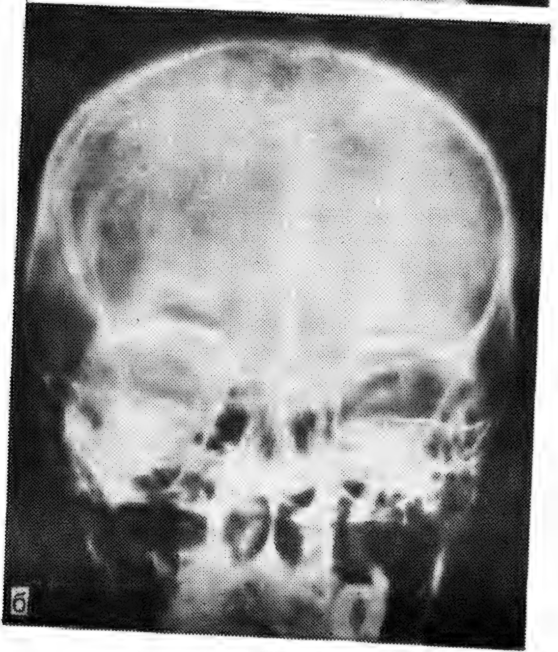
Для иллюстрации приводим результаты ангиографического исследования больной неврастенией с выраженным цефалгическим синдромом.

Больная Г., 35 лет, инженер. Жалобы на приступообразные головные боли в теменно-затылочной области давящего и распирающего характера. Длительность приступа 5—6 ч. Приступы цефалгии возникали только в связи с волнением, умственным напряжением, а также, как правило, в душном помещении; сопровождались головокружением, тошнотой, шумом в ушах, покраснением лица, ощущением внутреннего дрожания. Помимо головной боли, отмечала повышенную раздражительность, плаксивость, быструю утомляемость, неустойчивый сон.

Наследственность не отягощена, раннее развитие протекало удовлетворительно. В 11—12-летнем возрасте наблюдались головные боли, которые прошли вскоре после проведенного лечения (анальгетики и физиотерапия). Закончила школу, строительный институт и приступила к работе. Все эти годы чувствовала себя здоровой, головная боль возникала лишь при значительном физическом и эмоциональном напряжении. Больной себя считает с 27 лет после тяжело пережитого развода с мужем. В это же время возникла конфликтная обстановка на работе, расстроился сон, появились описанные выше приступы головной боли. С тех пор лечится в психоневрологическом диспансере. Через год поступила на лечение в наше отделение. Выписана с улучшением. Диагноз при выписке: затяжная форма неврастении с вегетососудистой дистонией. В течение последующих 6 лет чувствовала себя удовлетворительно, головные боли возникали относительно редко. Периодически получала лечение в психоневрологическом диспансере. Резкое ухудшение состояния в 34-летнем возрасте связывает с переживаниями личного и служебного характера. Вновь участились головные боли, ухуд-

Рис. 14. Ангиограммы правого полушария больной С. На задней (а) и боковой (б) ангиограммах через $1^1/_4$ с после введения контрастного вещества в проксимальном отделе экстракраниальной части внутренней сонной артерии видна крутая петля; сосуды головного мозга заполнялись контрастным веществом.


а


б

шился сон. Длительно и безуспешно лечилась амбулаторно. В связи с продолжающимся усилением головной боли и ухудшением общего состояния повторно госпитализирована.

Объективно: правильного телосложения, удовлетворительного питания. АД в пределах 140/80—110/70 мм рт. ст. Тоны сердца приглушены, систолический шум на верхушке, акцент II тона над легочной артерией. Отеков и цианоза нет. При исследовании легких и органов брюшной полости патологии не выявлено. Очаговой неврологической симптоматики не установлено. Отмечается выраженная вегетососудистая дистония. Психическое состояние: легко вступает в контакт, эмоционально лабильна, склонна к слезам, ипохондрична, фиксирована на головной боли. Анализы крови и мочи без патологических изменений. На ЭКГ: промежуточная электрическая позиция сердца, признаки гипоксии миокарда и гипертрофии левого желудочка сердца. На краниограммах шейного отдела позвоночника выявлен незначительно выраженный деформирующий спондилез.

Ввиду упорного характера головной боли, резкого учащения приступов в последний период и отсутствия эффекта после длительного лечения для уточнения причин головной боли произведена двусторонняя серийная каротидная ангиография. Полученные ангиографические данные свидетельствовали о наличии петлеобразования в экстракраниальном отделе внутренней сонной артерии с обеих сторон с незначительным замедлением мозгового кровообращения слева (рис. 15).

В данном наблюдении изменения церебральной гемодинамики, выявленные при ангиографическом исследовании, обусловлены, вероятно, наличием морфологических изменений магистральных сосудов головы (двустороннее петлеобразование в экстракраниальном отделе внутренней сонной артерии) и имеют существенное значение для понимания причин головной боли. Результаты ангиографии подтвердили представление о сосудистом генезе цефалгического синдрома.

В 5,5 % случаев (по отношению ко всем исследованным больным) на ангиограммах отсутствовало заполнение контрастным веществом передней мозговой артерии при односторонней ангиографии и отмечалось ее заполнение при введении контрастного вещества в контралатеральную внутреннюю сонную артерию. Это расценивалось как гипоплазия передней мозговой артерии в одном полушарии головного мозга и наличие передней трифуркации — в другом. Непосредственное отхождение задней

Рис. 15. Задние ангиограммы обоих полушарий головного мозга больной Г. через $2^3/_4$ с после введения контрастного вещества.

а — правое полушарие: в экстракраниальном отделе внутренней сонной артерии, ее дистальном сегменте видна крутая петля; контрастным веществом заполнилось незначительное количество сосудов головного мозга; б — левое полушарие: в экстракраниальном отделе внутренней сонной артерии в ее проксимальной части видна крутая петля; сосуды головного мозга контрастным веществом не заполнились.

мозговой артерии от основного ствола внутренней сонной артерии (задняя трифуркация) отмечено в 8,2 % случаев. Передняя и задняя трифуркации, рассматриваемые как варианты строения артериального круга большого мозга, при определенных неблагоприятных условиях могут способствовать недостаточности мозгового кровообращения.

Расширение глазничной артерии — анастомоза между наружной и внутренней сонными артериями — отмечено в 8,2 % наблюдений, передней соединительной — анастомоза между внутренними сонными артериями — в 6,9 % наблюдений. Расширение артериальных анастомозов свидетельствует о затруднении мозгового кровообращения.

Можно предполагать, что выявленные у больных неврозами при ангиографическом исследовании морфологические и функциональные изменения в системах церебрального кровообращения в соответствующих условиях (например, при выраженном и длительном эмоциональном стрессе) могут играть существенную роль в формировании как невротического состояния в целом, так и определенного симптома.

Хотя в настоящее время нет убедительных аргументов в пользу отказа от утверждения В. Н. Мясищева (1955) о том, что «истерические и обсессивные состояния не удается вызвать чисто соматогенным путем», т. е. иными словами, отказа от признания психогенно обусловленной природы по крайней мере фобических и истерических расстройств, не исключается, что формированию патофизиологических механизмов, лежащих в основе этих симптомов, может способствовать органически обусловленная дефицитарность тех или иных церебральных систем. По-видимому, еще чаще, чем при «чистых» неврозах, это имеет место при невротической фиксации, выражающейся в чрезмерной гипертрофии уже существующих, хотя и нерезко выраженных, неврологических расстройств.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ АСПЕКТ

В советской психоневрологии и медицинской психологии возрастает признание проблемы психологии отношений. Разработанная в нашей стране В. Н. Мясищевым (1960), опирающаяся на методологию марксизма, труды отечественной психологической школы А. Ф. Лазурского и В. М. Бехтерева, на физиологическое учение И. П. Павлова и педагогический опыт А. С. Макаренко психология

отношений легла в основу сформулированного В. Н. Мясищевым и его сотрудниками учения о психологических механизмах неврозов и систему их личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии, противопоставленной фрейдистской и бихевиористской моделям неврозов.

Одной из центральных в этом учении является проблема психологического конфликта при неврозах, который рассматривается с позиций диалектического единства объективных и субъективных факторов возникновения и развития конфликта, его социальной, нейрофизиологической и психической природы. Психоаналитической трактовке невротического конфликта противопоставляется анализ психологического конфликта, основывающийся на раскрытии соотношения и взаимодействия неблагоприятной ситуации и личности больного, его свойств и отношений, сложившихся в процессе развития личности в конкретной социально-бытовой среде. В определении конфликта как несовместимости, столкновения противоречивых отношений вместе с тем подчеркивается, что речь идет о нарушении именно обобщенных, особо значимых для данной личности отношений и что присущие конфликту переживания становятся источником невроза, представляющего собой патофизиологическое выражение конфликта, лишь в том случае, если они занимают центральное место в системе отношений личности к действительности.

Такое понимание психологического конфликта при неврозах принципиально отличается от других распространенных концепций, среди которых необходимо выделить представление о конфликте с позиций фрейдизма и неофрейдизма. Противоречие между инстинктами (прежде всего сексуальными и агрессивными) в сфере бессознательного и социальными нормами — такова сущность конфликта при неврозах с позиций различных направлений, генетически связанных с фрейдизмом. Критическая оценка этих направлений дана Ф. В. Бассиным и соавт. (1972). Этими исследователями правильно отмечается научная несостоятельность содержащегося во фрейдизме положения об определяющей роли в мотивации поведения человека инстинктивной деятельности с гиперболизацией секса и агрессии. К этому следовало бы добавить подчеркивание фрейдизмом лишь негативных в социальном плане сторон инстинктивной деятельности. Только такое ограниченное понимание инстинктивной деятель-

ности приводит к противопоставлению бессознательной мотивации социальным нормам.

В борьбе с субъективно-идеалистической психологией возникло понятие о конфликте при неврозах с позиций бихевиоризма, основанное на концепции «стимул — реакция». «Отвергая псевдонаучные фантазии относительно внутреннего мира человека субъективных психологов, — пишет В. Н. Мясищев (1973), — бихевиористы часто подменяют объективное внешним, уплощают и упрощают понимание, утрачивают основную задачу нахождения внутреннего во внешнем и изучения человека и его болезни в единстве внешнего и внутреннего».

Психологический конфликт является условием развития длительного эмоционального напряжения, причем интенсивность его определяется тем, какое место занимают нарушенные отношения личности в целостной системе отношений человека. Длительность этого напряжения при психологическом конфликте зависит не столько от длительности существования объективно трудной психотравмирующей ситуации, сколько от противоречивого характера отношения к ней личности, препятствующего рациональному разрешению конфликта и затрудняющего выход из него. Диалектическое единство объективных и субъективных факторов возникновения конфликта, а также противоречивость субъективных мотивов личности нередко создают достаточно устойчивую структуру конфликта.

При психогенных заболеваниях эти его особенности наиболее резко выражены и приобретают характер того личностного конфликта, который получил название невротического и который обусловливает длительность и интенсивность нервно-психического напряжения при неврозах.

Анализируя материалы клинических и экспериментальных исследований неврозов, П. В. Симонов (1976, 1980) отмечает, что в случаях невроза человек, как правило, оказывается между конкурирующими побуждениями или конкурирующими путями удовлетворения одной и той же потребности, и подчеркивает, что последняя должна быть достаточно сильной. Сила эмоционального конфликта прямо пропорциональна суммарной величине конкурирующих мотиваций и обратно пропорциональна разности между ними; напряжение оказывалось сравнительно небольшим при явном преобладании одного из мотивов и могло достигать высоких значений, если кон-

курирующие мотивации меньшей силы оказывались примерно равными.

Важной задачей при изучении невротических конфликтов является их классификация. Существует два подхода к ее построению: группировка конфликтов по феноменологии и генезу. К попыткам первого рода относится учет феноменологии психических состояний, обусловленных конфликтом, а также феноменологии психотравмирующих обстоятельств. Однако гораздо большее значение (особенно в связи с задачами психотерапии и профилактики неврозов) представляют классификации по генезу, учитывающие внутренние личностные механизмы развития конфликтов.

В. Н. Мясищев рассматривает три основных типа невротических конфликтов: истерический, обсессивно-психастенический и неврастенический. Предложенные наименования конфликтов объясняются тем, что им часто соответствуют определенные формы неврозов, а именно истерия, невроз навязчивых состояний и неврастения.

Первый из отмеченных типов конфликтов (истерический) определяется прежде всего чрезмерно завышенными претензиями личности, всегда сочетающимися с недооценкой или полным игнорированием объективных реальных условий или требований окружающих. Следует подчеркнуть, что его отличает превышение требовательности к окружающим над требовательностью к себе и отсутствие критического отношения к своему поведению. В генезе этого типа конфликта существенное значение приобретают история развития личности и процесс формирования системы ее жизненных отношений, описанные ранее.

В силу неправильного воспитания такие лица не обладают способностью тормозить желания, противоречащие общественным требованиям и нормам. Приводим пример.

Больной Х., 30 лет Рос и развивался вполне удовлетворительно, но родители постоянно интересовались состоянием его здоровья и при малейшем недомогании укладывали в постель. Поэтому он еще с детских лет привык прислушиваться даже к незначительным изменениям своего физического состояния, самочувствия, отличался непереносимостью любой боли и даже просто легкого недомогания. Поскольку семья относилась к нему как к слабому и болезненному ребенку, взрослые постоянно потакали всем его капризам и старались ни в чем не отказывать. С детских лет больного обучали музыке и при этом считали его будущим музыкальным гением. После оконча-

ния школы он с успехом закончил консерваторию, стал пианистом и выступал с сольными концертами. Однако к 30 годам обнаружилось, что хотя он и способный музыкант, но далеко не оправдал ожиданий семьи и друзей, ожиданий, в которые верил сам и в атмосфере которых формировался с детства как личность. В этот период резкого нарастания психологического дискомфорта перенес ангину с высокой температурой. Многократно слышал от родителей, что ангина часто дает осложнения на сердце, поэтому когда почувствовал болезненные ощущения в области сердца, тут же обратился к врачу и длительное время находился на больничном листе. В связи с тем что боли не прекращались (несмотря на упорное лечение при строгом соблюдении режима), поступил в больницу. В больнице после тщательного обследования патологии со стороны сердца не установлено, боли квалифицировались как невротические. После выписки боли в сердце продолжались и даже заставили его прекратить «напряженную» концертную деятельность и перейти на более легкую педагогическую работу, поскольку, по мнению родных и самого больного, «тяжелая болезнь сердца мешает его карьере выдающегося пианиста». К моменту поступления в отделение неврозов отмечались частые приступы болей в области сердца, сопровождавшиеся страхом смерти. Больной постепенно исключил из своей жизни все то, что, по его представлениям, могло неблагоприятным образом отразиться на деятельности сердца.

Отмечая особенности истерического характера, В. Н. Мясищев (1960) рассматривает их в виде первичных, вторичных и третичных личностных образований. К первым относятся эгоцентризм и чрезмерная аффективность, следствием которых являются частые переживания и неудачи, приводящие в свою очередь к претенциозности, с одной стороны, и неуверенности в себе — с другой. Третичными личностными образованиями, возникающими на основе первых двух, являются склонность к ухищрениям и различным уловкам для достижения цели, а также лживость, симуляция, театральность, демонстративность. Необходимо подчеркнуть, что в отличие от истерической психопатии описанные личностные особенности у больных истерическим неврозом характеризуются меньшей выраженностью, не приводят к снижению социально-этического уровня больных и всегда являются следствием преимущественно влияния прижизненных факторов, выступающих в виде определенных вариантов неправильного воспитания.

Второй (обсессивно-психастенический) тип невротического конфликта обусловлен прежде всего противоречивыми собственными внутренними тенденциями и потребностями, борьбой между желанием и долгом, между моральными принципами и личными привязанностями. При этом если даже одна из них и становится доминирующей, но продолжает встречать противодействие дру-

гой, создаются благоприятные возможности для резкого усиления нервно-психического напряжения и возникновения невроза навязчивых состояний.

Приведенные выше особенности данного психологического конфликта представляют собой обычно результат неправильного воспитания в обстановке чрезмерной опеки, запугивания и лишения собственной инициативы. Особое значение имеет предъявление противоречивых требований к личности, что способствует формированию чувства собственной неполноценности и отрыву от жизни, появлению нереальных, далеких от действительности установок. Приводим пример.

Больная З., 40 лет, родилась и выросла в деревне. Отец и мать строго контролировали каждый шаг детей, настаивая на беспрекословном выполнении всех своих требований, лишая их самостоятельности даже в малом, и расценивали это как проявление заботы о них. Под влиянием такого воспитания больная росла послушной, замкнутой и стеснительной. Еще в школе испытывала страх при ответах на уроках из-за боязни совершить ошибку, что отрицательно сказывалось на возможности реализовать свои способности. После окончания школы осталась работать в совхозе дояркой. Была очень чувствительной к замечаниям окружающих о своей работе, с которой справлялась успешно. Замуж вышла без любви, по настоянию родителей, однако к мужу относилась хорошо, потому что испытывала к нему чувство благодарности за любовь к ней и ребенку. На пятом году совместной жизни с мужем встретилась с другим человеком и полюбила его. Он потребовал, чтобы больная разошлась с мужем и вступила с ним в брак. Не могла принять решения, мучительно колеблясь между желанием оставить мужа и жить с человеком, которого любила, и стремлением сохранить семью, за что считала себя «грязной». Однажды при трудном для нее разговоре с мужем она машинально стряхнула с платья крошку хлеба. Показалось, что крошка не упала, стряхнула еще раз. С тех пор возникло навязчивое желание стряхивать с себя «грязь». В этот же период появился навязчивый страх «загрязнения», целыми днями мыла руки, стирала, чистила комнату, вынуждена была оставить работу, а затем ограничила круг общения. Из-за страха «загрязнения» ей стало трудно общаться с мужем и ребенком. С этими жалобами была направлена в отделение неврозов.

Наконец, конфликт третьего типа (неврастенический) представляет собой противоречие между возможностями личности, с одной стороны, ее стремлениями и завышенными требованиями к себе — с другой. В определенной степени возникновению данного типа конфликта способствуют высокие требования, предъявляемые возрастающим темпом и напряженностью современной жизни. Особенности конфликта этого типа чаще всего формируются в условиях, когда постоянно стимулируется нездоровое стремление к личному успеху без реального учета сил и возможностей индивида.

Приводим пример.

Больной С., 42 лет, вырос в семье, где главной задачей в жизни считали достижение личного успеха, «положения в обществе». Хотя у больного были ограниченные способности и учеба давалась с определенным трудом, из-за требований родителей он всячески стремился превзойти в учебе своих товарищей, затрачивал на это массу усилий. После окончания школы поступил в институт, опять-таки по желанию родителей. Занятия в институте требовали еще бóльших усилий для выполнения даже обычных заданий. Много занимался, нередко в ночное время. Окончив институт, поступил работать на завод сменным инженером. Как только освободилась должность начальника цеха, начал ее активно добиваться, несмотря на то что профиль цеха не соответствовал полученной им в институте специальности и не вызывал особого интереса. К тому же он не имел достаточного организаторского опыта. Естественно, поэтому, став начальником цеха, он столкнулся с большими трудностями. Коллектив перестал выполнять производственные задания, что вызывало справедливые нарекания и критику со стороны администрации и товарищей по работе. Пытаясь сохранить личный престиж, компенсировал недостаток опыта и знаний резкой интенсификацией своей деятельности. Хотя работа по-прежнему не ладилась, он не смог признаться себе в том, что сам виновен в возникшей ситуации и не в состоянии справиться со своими новыми обязанностями. Именно в этот период у него и появились головные боли, бессонница, раздражительность, быстрая утомляемость, резко снизилась работоспособность, из-за чего он и поступил в отделение неврозов.

В связи с изложенным представлением о содержании психологического конфликта неврастенического типа весьма интересны взгляды немецких авторов [Klumbies G., 1968] об «объективном и субъективном стремлении к работе». При первом работа — удовольствие, радость в условиях деятельности, направленной на общее благо; при втором основная ее цель — достижение личного благополучия и престижа. Неврозогенной способностью обладает лишь субъективное стремление к работе.

Утомление и переутомление, которым многие авторы придают значение самостоятельного этиологического фактора при неврастении, правильнее рассматривать как следствие отмеченных выше особенностей личности и патогенной конфликтной ситуации, характерных для неврастении.

На исключительную редкость неврастении истощения указывается в литературе.

К этому нужно добавить также правильное замечание Z. Sokolik и J. Malevski (1965), что субъективное чувство переутомления, недостатка энергии, меньшей продуктивности в работе у больных неврозами, с одной стороны, представляет собой результат расходования энергии на создание различных невротических механизмов, а с другой — сами эти состояния служат защитой

от возможности вовлечения в ситуации, связанные с реакциями невротической тревоги.

Это, однако, вовсе не означает, что чувство утомления и переутомления у больных неврастенией имеет чисто субъективный, мнимый характер. Многочисленные данные, в том числе исследования, проведенные в нашей клинике Л. Д. Малковой (1977), выявили убедительные физиологические и биохимические корреляты невротических астений. Л. Д. Малковой при изучении параметров волны ожидания (Е-волны Уолтера) у этих больных по сравнению со здоровыми установлено снижение амплитуды и удлинение латентного периода Е-волны, а также увеличение времени ответной реакции. Эти изменения в числе прочего характеризуют также слабость активного внимания. Более выраженные изменения параметров Е-волны отмечены в группе больных с большей степенью астенических проявлений.

Принято подчеркивать определенное соответствие трех типов невротических конфликтов трем основным формам неврозов — неврастении, истерии и неврозу навязчивых состояний. При этом, как уже указывалось ранее, клинические формы неврозов некоторыми авторами рассматриваются как зафиксированные особенности отдельных механизмов болезненного восприятия и переработки жизненных трудностей, переживаемых индивидом.

Все чаще специалист, работающий в клинике неврозов, встречается с невротическими состояниями, в клинических проявлениях которых одновременно присутствуют симптомы разных форм неврозов (так называемая недифференцированная форма невроза). Возможно, это объясняется тенденцией к многомерности личностных конфликтов, которую отмечают в настоящее время социальные психологи.

Представляют интерес данные Л. Д. Малковой (1977) при обследовании больных истерическим неврозом, в клинической картине которого астенические проявления были ведущими психопатологическими расстройствами, т. е. речь шла о группе больных истерией, приближающихся по своей клинике к лицам, страдающим неврастенией. Исследование преморбидных свойств их личности выявило такие облигатные для больных истерией черты, как эгоизм и эгоцентризм, внушаемость, импульсивность и экспансивность, стремление к лидерству в контактах. Однако наряду с этим отчетливо прослеживались черты,

сближающие этих больных с лицами, страдающими неврастенией, а именно высокая степень ответственности и добросовестности при крайней чувствительности к критике. Так же как у больных неврастенией, были слабо выражены такие качества, как решительность и устойчивость, фрустрационная толерантность и адаптация в новых обстоятельствах. Однако уровень притязаний был высоким у подавляющего большинства больных. Анализ истории формирования личности свидетельствовал о большой значимости для них сохранения социального статуса на уровне оптимальных показателей.

Неврастеническое звено в структуре личности больных истерией, вероятно, имеет значение в развитии астенической симптоматики. Хотя невротический конфликт у этой группы больных оставался в целом истерическим, но личность в силу указанных особенностей ее структуры склонна к большему акцентированию требований к себе, что вступает в противоречие с ее адаптационными возможностями.

У обследованных Э. А. Карандашевой (1976) больных истерией с фобическим синдромом отчетливо прослеживается включение в их личностную структуру, имеющую в основе своей также истерическое ядро, характерологических черт (выраженная тревожность, мнительность, повышенное чувство долга и др.), которые способствовали формированию психологического конфликта смешанного типа: с одной стороны, истерического, с другой — обсессивно-психастенического типа, в том числе в области морально-этических установок индивида.

Наблюдая больных неврозами, Н. В. Конончук, В. К. Мягер (1977) подчеркивают в качестве характерных для них особенностей личности слабость, нерешительность, склонность к рефлексии, зависимость от окружения, поиски одобрения, стремление к нормативности и напоминают выражение A. Kepinski (1975), что «их проблемы связаны с автопортретом». Начавшись с детства со взаимоотношений с родителями, трудности у больных неврозами переходят на взаимоотношения с коллективом в школе, институте, на работе. Они распространяются также на решение проблем, связанных со своей специальностью. Обычно, отмечают авторы, у больного неврозом наблюдается несколько конфликтных ситуаций в различных сферах жизни — параллельных и последовательных.

В работе нашего сотрудника А. П. Федорова (1977)

исследована частота невротических конфликтов у больных неврозами в разных сферах их жизни. Учитывались производственные, семейные, сексуальные, бытовые и общественные психотравмирующие ситуации. Как оказалось, в изолированном виде они встречались относительно редко, чаще у одного и того же больного выявлялось сочетание двух или даже трех типов конфликтных ситуаций.

Производственные конфликтные ситуации чаще всего встречались у больных неврастенией (56 % случаев) и примерно в равной мере у больных истерией и неврозом навязчивых состояний (31 и 32 % случаев соответственно). Существенных различий в частоте патогенных семейных ситуаций не выявлялось: при неврастении она составляла 73 %, при истерии — 80 % и при неврозе навязчивых состояний — 82 %. Сексуальные конфликтные ситуации были наиболее частыми у больных истерией (70 %) по сравнению с больными неврастенией (43 %) и неврозом навязчивых состояний (45 %). Конфликтные бытовые ситуации чаще наблюдались у больных истерией — в 32 % случаев, при неврастении и неврозе навязчивых состояний — у 21 и 18 % больных соответственно.

Таким образом, у больных неврастенией наиболее частыми были патогенные семейные и производственные ситуации, в группе истерии и невроза навязчивых состояний — семейные и сексуальные.

Специальные исследования, направленные на изучение семейных конфликтов как с точки зрения их внешних проявлений, так и глубоких внутренних противоречий, выполнены В. К. Мягер, Т. М. Мишиной (1976), Т. М. Мишиной (1983), Э. Г. Эйдемиллером, В. В. Юстицким (1989) и др. Выступающая в качестве основы для разработки методов так называемой семейной психотерапии (понимаемой как лечение больного с участием семьи в психотерапевтическом процессе) проблема семейных конфликтов представляется чрезвычайно актуальной в разработке теории и практики психогигиены и психопрофилактики при неврозах.

Конкретизация некоторых представлений о динамической структуре невротических конфликтов содержится в работе Т. М. Мишиной (1972), выполненной в нашем отделении. На основании обследования 40 больных неврозами, дополненного экспериментально-психологическим исследованием проективными методиками — тема-

тического, апперцепционного теста (ТАТ) и теста незаконченных предложений, автор получила данные об особенностях невротических конфликтов у больных неврозами в аспекте неудовлетворенных потребностей. Последние в качестве непременного внутреннего фактора психогении были установлены у всех больных.

Наиболее часто в качестве неудовлетворенных потребностей, обусловливающих конфликт, выступали: 1) потребность адекватной социальной оценки (трудовой деятельности и личных достоинств); 2) любовно-эротические; 3) потребность дружественного общения; 4) потребность самовыражения и самоутверждения и некоторые другие. В связи с крайне распространенными представлениями психоанализа о ведущей роли неудовлетворения сексуальных потребностей в генезе неврозов заслуживает внимания тот факт, что в группе, на 90 % состоящей из лиц в возрасте от 19 до 50 лет (в том числе на 60 % — от 19 до 40 лет), нарушения в сфере сексуальных отношений оказывались доминирующими в конфликте только в 15 % случаев.

Другим важным и неотъемлемым компонентом структуры невротического конфликта, тесно связанным с отмеченными уже неудовлетворенными потребностями, являются психологические защитные механизмы [Иовлев Б. В., 1974; Савенко Ю. С., 1974; Катковников А. И., Чайка Ю. В., 1974; Кутателадзе З. Ю. 1985; Ташлыков В. А., 1986; Филатов А. Т. и др., 1986, и др.].

При трактовке заболеваний, развитие которых определяется преимущественно механизмами биологической природы, обязательным является рассмотрение патогенеза болезнни и состояния больного как результата взаимодействия вредоносных факторов и противодействующих механизмов, направленных на восстановление нарушенного гомеостаза. Представляется чрезвычайно важным при анализе психогенеза неврозов (в частности, невротических конфликтов) использовать аналогичный подход.

В связи с этим совершенно очевидным становится значение указанной проблемы при изучении вопросов психотерапии неврозов, психогигиены и психопрофилактики. Продолжая начатую аналогию с заболеваниями биологической природы, лечение которых направлено на устранение вредоносных факторов или, что бывает чаще, на усиление защитных механизмов, целью психотерапии при неврозах может являться либо устранение причин, вызвавших невротический конфликт, либо усиление пси-

хологических компенсаторных личностных механизмов. Человек, который находится в невротическом состоянии, путем использования наиболее адекватных психологических компенсаторных механизмов в известной мере выполняет по отношению к себе психотерапевтические функции. Поэтому изучение этих механизмов может быть полезным для разработки адекватных методов психотерапии. При этом необходимо иметь в виду два существенных обстоятельства. Во-первых, используемый психологический компенсаторный механизм не всегда является наиболее адекватным для сохранения психологического гомеостаза. Появление невротических симптомов само по себе нередко обусловлено этими механизмами. И здесь видна аналогия с тем, что встречается в случае компенсаторных механизмов при биологически обусловленных страданиях. Достаточно указать лишь на феномены воспаления и боли, которые, играя несомненную защитную роль, в ряде случаев сами включаются в патологический болезненный процесс, резко его усиливая. И, во-вторых, следует иметь в виду, что во многих случаях использование психологических компенсаторных механизмов осуществляется индивидом на неосознанном уровне.

В упомянутой уже работе Т. М. Мишиной показано, что существуют различные приемы компенсации: одни — ведущие к локальному, частичному ослаблению напряженности при сохранении конфликта и его глубоких корней, другие — адекватно действующие, указывающие на реальное направление выхода из конфликта через восстановление деятельности.

В последние годы В. А. Ташлыковым (1986) в нашей клинике проводились широкие исследования внутренней картины болезни при неврозах. Автором показано значительное влияние на внутреннюю картину болезни интрапсихических механизмов личности. Диапазон их действия широк, начиная от попыток активного преодоления трудноразрешимых ситуаций до полного отказа от необходимых действий, от неосознавания их наличия до определенного сознательного использования. Основным критерием определения действия механизмов компенсации и защиты была избрана степень активности, направленной на противодействие трудным ситуациям, стрессу, болезни с целью разрешения невротического конфликта и предотвращения тревоги, вызванной им. В инициальный период невроза больной пытается посредством различных адаптивных механизмов преодолеть имеющуюся

тревогу, в частности, рациональным отказом от недостижимых целей, выбором других целей, уходом в активную деятельность, работу и т. п. В период манифестации невроза прежние адаптивные реакции как неэффективные уступают место таким первичным компенсаторно-защитным механизмам, как гиперкомпенсация с целью повышения самооценки, обесценивание с последующим «вытеснением» из поля активного внимания болезненных переживаний и др. В дальнейшем течении невроза появляются вторичные защитные механизмы (рационализация с целью оправдания болезнью своей несостоятельности, уход в болезнь, освобождающий от ответственности за решение трудных ситуаций), закрепляющие невротическое поведение.

Если процессы «совладания» [Lazarus R. S., 1966, и др.] направлены на активное изменение ситуации и удовлетворение значимых потребностей, то процессы компенсации и особенно защиты направлены на смягчение психического дискомфорта. Психологическая защита — это интрапсихический механизм адаптивной перестройки восприятия и оценки, как правило, малоосознаваемого столкновения противоречивых потребностей, мотивов, отношений с целью уменьшения тревоги. Виды компенсаторно-защитных механизмов связаны с особенностями системы отношений личности больного и патогенной ситуации, внутриличностным конфликтом, характером течения заболевания и факторами лечения. В зависимости от способа искажения в сфере механизмов восприятия и оценки, степени активности и уровня дезадаптивности поведения В. А. Ташлыковым у больных неврозами были выделены 4 категории, в которые вошли 11 наиболее распространенных видов компенсаторно-защитных механизмов. В первую категорию входят способы компенсации и отвлечения деятельности на другие цели — механизмы «замещения», «гиперкомпенсации» и «ухода в работу, деятельность». Вторую категорию составляют интрапсихические способы подавления тревоги, препятствующие сознательной переработке травмирующих переживаний, — механизмы «вытеснения», «отрицания» и «нетерапевтического отреагирования». В третью категорию входят способы преобразования значимости психотравмирующих переживаний — механизмы «рационализации» и «интеллектуализации». Четвертую категорию определяет защитная деятельность, направленная на удовлетворение патологических невротических потребностей и

освобождающая от ответственности за решение проблем, — механизмы «ухода в болезнь», «регрессии» и «фантазирования».

Отмечены некоторые особенности компенсаторных и защитных механизмов у больных с разными формами неврозов. Наиболее характерен для пациентов с неврастенией компенсаторный механизм «ухода в работу, деятельность». Повышенная потребность достижений у этих больных фрустрирована вследствие отсутствия желаемых сил, способностей и возможностей для осуществления своих целей, а главное — вследствие противоречивости мотивов и тенденций к самоактуализации. В начале заболевания, как правило, больные неврастенией пытаются игнорировать факт недостаточности своих сил, используя указанный выше механизм. По мере нарастания утомляемости, хронизации невроза активные компенсаторные механизмы сменяются такими пассивными защитными механизмами, как «рационализация» и «уход в болезнь». Компенсаторный механизм «ухода в работу, деятельность» у больных истерическим неврозом выражен в меньшей степени. Для этих больных наиболее типичен защитный механизм «вытеснения», и наиболее выраженным у них же был наиболее дезадаптивный защитный механизм «ухода в болезнь». Характерными для больных истерическим неврозом были также такие формы психологической защиты, как «регрессия» (обращение к более ранним или инфантильным способам поведения) и «фантазирование». Для больных неврозом навязчивых состояний наряду с защитной реакцией личности по типу «вытеснения» был характерен механизм «интеллектуализации» (изоляция аффекта от содержательного, рационального компонента отношения).

Не вызывает сомнений перспективность и плодотворность дальнейших исследований психологических защитных механизмов — их типов и генеза, взаимосвязи с особенностями личности, адекватности, приуроченности и эффективности по отношению к различным психологическим конфликтам, соотношения сознательного и неосознанного в компенсаторных механизмах, патологических форм компенсации и др.

Ряд специальных исследований в последние годы был посвящен значению для решения задач патогенетической и дифференциальной диагностики неврозов таких психологических переменных, как мотивация и

структурные особенности целеполагания у больных неврозами [Курганский Н. А., 1982], временной аспект личностно-средового взаимодействия и прогнозирующие механизмы личности [Соложенкин В. В., Носков Г. Г., 1985; Носков Г. Г., 1987], тревожность и ригидность в структуре личности [Рождественская Е. А., 1988] и др. Эти работы представляют существенный интерес не только для понимания патогенеза неврозов, но и для повышения эффективности их лечения и профилактики.

ПРОБЛЕМА СИМПТОМООБРАЗОВАНИЯ ПРИ НЕВРОЗАХ ПО ДАННЫМ МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНОГО ИХ ИССЛЕДОВАНИЯ

В предыдущих разделах были изложены результаты клинических, психологических, нейрофизиологических и других исследований неврозов, дающие представления об их этиопатогенетических механизмах. Целесообразно конкретизировать эти механизмы в аспекте так называемой проблемы специфичности или выбора симптома при неврозах.

Данной проблеме в настоящее время посвящена обширная литература. В обстоятельной обзорной работе D. Fortuna (1977) перечисляются преимущественно психологические ее аспекты. Выбор симптома может зависеть от вида неосознанного конфликта [Hoff H., 1956; Berner P., 1973], мотивационных переживаний, которых конфликт касается [Schultz-Hencke H., 1951], способа самонаказания за неразрешение определенного внутреннего конфликта [Ringel E., 1973], неудовлетворения какой-либо определенной потребности [Maslow A., цит. по Jarosz M., 1976], вида нарушений интерперсональных отношений [Sullivan H. S., 1953], фазы развития либидо, при которой возник первичный конфликт [Freud S., 1973], свойств личности [Petrilowitsch N., 1969; Kretschmer E., 1971; Schultz J. H., 1973, и др.], темперамента [Jung C. C., 1973], способов переработки и переживания эмоций, особенностей основных защитных механизмов [Freud S., 1973; Strotzka H., 1973]. Придается значение содержанию индивидуального опыта [Jarosz M., 1972], условиям жизни и актуализирующей ситуации [Berner P., 1973], силе и виду актуальной психотравмы [Jarosz M., 1972] и т. д.

Очевидно, оценка каждой из упомянутых точек зрения на проблему специфичности при неврозах неотделима от общей оценки той концепции (фрейдизм, неофрейдизм

и др.), на основе которой эти представления возникают.

Предлагаются также другие объяснения и концепции, например, наследственно-конституциональные, при которых авторы основную причину нарушения функционального состояния той или иной системы видят преимущественно во врожденной конституциональной недостаточности; психическому же фактору в этом случае отводится лишь роль провоцирующего. Другие авторы при учете значения конституционального предрасположения, основанного на наследственности, особо выделяют приобретенное предрасположение, обусловленное как перенесенными в течение жизни соматическими вредностями (инфекции, интоксикации, травмы и др.), так и длительно существующим перенапряжением, вызванным условиями жизни, приводящими к дезорганизации системы [Карвасарский Б. Д., 1980, и др.]. В третьей группе концепций подчеркивается особая роль в симптомообразовании символических механизмов с учетом в ряде случаев неспецифических изменений, вызываемых психическим стрессом.

Весь ход изучения этиопатогенетических механизмов невротических, в частности психосоматических, расстройств при неврозах, а также клинический опыт свидетельствуют о необходимости рассматривать отдельные патогенетические факторы в единой системе. Отдельные факторы, конечно, могут выступать на первый план при различных формах неврозов, а также в индивидуальных случаях.

Это принципиальное положение проиллюстрировано Т. В. Котяевой (1973) при рассмотрении профессиональных дискинезий при неврозах.

В качестве патогенных причин при возникновении общеневротических расстройств здесь выступали различные виды невротических конфликтных ситуаций, как правило, семейно-бытового и производственного характера, которые в подавляющем большинстве случаев сочетались. Однако, помимо общего нервно-психического напряжения, обусловленного невротической декомпенсацией, в происхождении профессиональных дискинезий имели значение и дополнительные патогенные факторы, способствующие формированию у больных именно профессиональных дискинезий.

В преморбидном периоде это были: 1) неправильное формирование автоматизированного движения в процессе обучения или переучивания высококоординированного

автоматизированного движения; 2) анатомические особенности и аномалии костно-мышечного и нервного аппарата руки врожденного характера (камптодактилия и арахнодактилия, маленькая кисть, не способная охватывать октаву, слабые руки у скрипача, VIII шейный позвонок и дополнительные шейные ребра и др.); 3) характерологические особенности больных (повышенная требовательность к себе, особое чувство ответственности к выполняемой работе, тенденция к весьма жесткому соблюдению существующих норм и правил), обусловливающие особую значимость отношений к профессиональной деятельности в общей системе отношений личности.

Из патогенных факторов, способствующих избирательному нарушению профессионального движения во время манифестации невроза, были выявлены: 1) трудности в выполнении профессионального движения из-за усталости руки; 2) трудности в выполнении профессионального движения вследствие напряженного эмоционального состояния больных. Это напряжение зависит от различных причин, в том числе может быть связано с содержанием письма или отношением к написанному. В таких случаях часто складывалась ситуация, когда у больных возникало двойственное отношение к письму — «писать или не писать»; 3) трудности в выполнении профессионального движения из-за болей в руке, по времени совпадающих с формированием синдрома. Это — артриты, нейромиозиты, невралгии. Причиной, затрудняющей выполнение профессионального движения, могла быть и органическая недостаточность с локализацией на различных уровнях регуляции высококоординированного автоматизированного движения. Об этом можно было судить на основании пневмоэнцефалографического исследования и наличия гиперкинезов различной локализации.

При электромиографическом исследовании установлено повышение биоэлектрической активности мышц рабочей руки в состоянии покоя. При выполнении профессиональных движений эти изменения носили еще более выраженный характер.

Таким образом, из изложенного видно, что этиология и патогенез профессиональной дискинезии при неврозах представляют собой длительный, обусловленный многими факторами процесс. Одни из этих факторов имеют врожденный характер, другие — приобретенный. Некоторые факторы нарушали функцию профессионального

движения в преморбидном периоде, другие — создавали трудность в выполнении профессионального движения во время манифестации невроза. Но формирование синдрома профессиональной дискинезии становилось возможным только при наличии общего невроза. В динамике неврозов с профессиональными дискинезиями психогенные моменты играли существенную роль также в фиксации уже возникших нарушений. Как правило, больной переживает ухудшение профессиональной деятельности, а как следствие этого — возможное изменение отношения к нему на работе, испытывает страх потерять работу по своей специальности. Это приводит к возникновению страха перед профессиональной деятельностью, что ведет к еще большей фиксации возникшего нарушения. Данный механизм определяется как развитие болезненного состояния по «патологической спирали».

Необходимо подчеркнуть, что факторы, описанные в качестве существенных в формировании профессиональных дискинезий при неврозах, могут встречаться в различных сочетаниях, причем роль их варьирует в значительных пределах, чем и обусловливается трудность проведения подобного патогенетического анализа.

Этиопатогенез невротической бессонницы описан Ю. Я. Тупицыным (1970). И в этом случае отсутствовали какие-либо специфические патогенные конфликтные ситуации, типичные лишь для неврозов с нарушениями сна. «Выбор» симптома бессонницы определяется сочетанием неспецифических патогенных причин, обусловливающих возникновение невроза, и рядом дополнительных условий, способствующих формированию акцент-симптома в виде нарушения сна.

В случае невротической бессонницы это были следующие факторы: 1) недостаточность системы регуляции сон — бодрствование, обусловленная факторами наследственности; 2) относительная недостаточность системы сон — бодрствование вследствие перенесенных инфекций и травм; 3) относительная функциональная недостаточность системы сон — бодрствование вследствие дефектов воспитания (создание так называемых оранжерейных условий для ночного сна с детских лет), воспитанная гипертрофированно-тревожная оценка значения сна в жизни человека; 4) наличие крайне трудных условий для нормального функционирования системы сон — бодрствование (длительное или частичное лишение сна в связи с требованиями условий быта, производства, «срыв»

этой системы из-за частых смен обычного стереотипа); 5) частое сочетание во времени повторений конкретных проявлений патогенной ситуации с отходом ко сну и ночным сном.

Как отмечает Ю. Я. Тупицын (1970), бессонница при неврозе может быть первичной по патогенезу и являться закономерным следствием влияния указанных выше патогенетических моментов. Однако она может быть и вторичной в том смысле, что, не вытекая из основного патогенеза невроза, определяется дополнительными вторичными патогенетическими звеньями болезненного процесса. Чаще всего встречаются следующие три варианта генеза вторичной бессонницы: 1) возникновение психогенных нарушений сна, обусловленных первично развившимися также психогенными аффективными расстройствами; 2) нарушения сна вследствие первичных психогенных вегетативно-соматических расстройств; 3) бессонница, обусловленная психогенными нарушениями сексуальной функции. В первом случае первично формируется танатофобия (кардиофобия, инсультофобия и др.). У больных обычно возникают фиксированные представления, подобные таким, как «усну — могу не проснуться», «случись что ночью — помочь не успеют» и т. д., и только вторично на основе этих представлений возникает бессонница. Во втором случае бессонница формируется благодаря первично возникшим вегетативным и соматическим расстройствам при неврозе. Чаще всего это тахикардия, вегетососудистые кризы, в том числе «приливы» при климаксе, нарушения моторной функции желудочно-кишечного тракта. В этом случае бессонница определяется часто не столько степенью выраженности отмеченных нарушений, сколько реактивно возникающими тягостными, тревожными представлениями, связанными с ними. В третьем случае первичными являются дисгармонии сексуальной функции. Сравнительная частота сочетания бессонницы с сексуальными невротическими расстройствами может объясняться анатомо-физиологической близостью некоторых подкорковых компонентов регуляторных механизмов системы сон — бодрствование и половой функции, а также антисомногенным влиянием психического напряжения и некоторых вегетативных дисфункций при негармоничном половом акте и т. д.

Конечно, в известной степени условным является выделение первичной и вторичной бессонницы. В клинике они редко выступают как изолированные и независимые друг

от друга. Что касается вторичной бессонницы, то здесь, как и в случаях профессиональных дискинезий, нередко наблюдается тот же механизм патологической спирали: невротическая бессонница, являясь следствием и проявлением невроза, сама становится патогенным фактором, усугубляя психическую и соматовегетативную дезорганизацию при неврозе.

В последний период большие успехи достигнуты в изучении физиологических механизмов сна прежде всего А. М. Вейном и его сотрудниками [Вейн А. М., 1982, и др.]. Путем использования полиграфической записи, включающей ЭЭГ, ЭКГ, ЭМГ, электроокулограмму и др., получены представления о структуре сна и особенностях отдельных его стадий.

Приведем еще пример избирательного нарушения желудочно-кишечной системы у больного неврозом.

Больной К., 52 лет, колхозник, поступил с жалобами на приступы страха, сопровождающиеся дрожью во всем теле, чувством сжатия в груди, сердцебиением, тошнотой и рвотой.

Заболевание возникло при следующих обстоятельствах. Больной после демобилизации, возвратившись домой, узнал, что его жена, в то время как он был на фронте, сожительствовала с другим. Он тяжело воспринял это известие, долго пьянствовал, пытался драться с сожителем жены, но тот сильно его избил. Чтобы не мучить себя и жену, развелся с ней. Вскоре после этого стал замечать, что при встрече с бывшим сожителем жены у него возникает неприятное чувство страха, сопровождавшееся общей дрожью, слабостью в ногах, тошнотой, а иногда и рвотой. В дальнейшем эти приступы стали возникать при встрече с родственниками сожителя, с которыми приходилось поддерживать хорошие отношения, и даже тогда, когда он проходил мимо домов, где они жили. Больной переехал в другую деревню, женился второй раз. Однако болезненные приступы повторялись и здесь. Они возникали, если речь шла о неверности женщины, если больной слышал звук проезжающего мотоцикла (узнал, что сожитель приобрел мотоцикл), если видел свет в окнах домов, где жили его родственники. Чтобы избавиться от всего этого, он перешел работать на лесозаготовки. Приступы стали реже, но временами все же продолжали беспокоить больного при воспоминаниях или разговорах. Неоднократно обращался за медицинской помощью, но не всегда рассказывал врачам причину своего заболевания. В связи с упорным стремлением больного избавиться от имеющихся расстройств был направлен в клинику.

Психическое состояние: тревожен, стеснителен, неуверен в себе, держится в беседе несколько напряженно, интеллект невысокий В отделении со всеми вежлив, исполнителен. Пунктуально выполняет все назначения врача, в то же время боится анализов и обследований («как бы хуже не было»).

В данном случае болезненное состояние развилось на почве приступов страха, одним из вегетативных компонентов которого являлись тошнота и рвота. Первично приступы страха были обусловлены боязнью сожителя

жены, физически превосходившего больного. Понятно, что в фиксации болезни имел значение его тревожно-мнительный характер. Длительность заболевания (16 лет) объясняется, с одной стороны, двойственным отношением больного к своей первой жене: несмотря на развод, он продолжал ее любить. Постоянно думал о ней, сожалел о происшедшем. С другой стороны, были и другие обстоятельства. Больной окончил курсы фельдшеров и в своей деревне слыл образованным человеком, интеллигентом, был о себе весьма высокого мнения. После всего случившегося его не покидало чувство «стыда и позора» перед односельчанами.

В патогенезе желудочно-кишечных расстройств, в данном случае возникших как проявление эмоционального стресса (наряду с другими его психофизиологическими коррелятами), с самого начала отмечается психологически понятная связь с содержанием переживаний больного в условиях значимой для него психотравмирующей ситуации (страх, стыд, отвращение). Включение некоторых символических механизмов становится особенно отчетливым при дальнейшей генерализации числа факторов, вызывающих симптом рвоты. Симптом возникает не только при встрече с обидчиком, но и каждый раз под влиянием всего, что напоминает о нем. Такая символизация в данном случае развивается по физиологическому механизму условных связей.

Вместе с тем этот пример служит хорошей иллюстрацией положения, что при анализе патогенеза невроза в каждом конкретном случае задача заключается не в противопоставлении физиологического понимания психологическому, а напротив, в их объединении.

Наши исследования, касающиеся патогенеза головной боли при неврозах, показывают, что определенным своеобразием характеризуются не только патогенез невротической головной боли, но и механизмы развития даже отдельных ее типов. Так, головная боль нервно-сосудистого типа, обусловленная главным образом раздражением чувствительных нервных окончаний в стенках сосудов, относящихся к системе наружных сонных артерий, при их растяжении и усиленной пульсации чаще возникает на фоне общего невроза у больных с наследственной отягощенностью сердечно-сосудистыми заболеваниями, связанными с нарушениями артериального тонуса, с импрессивным психологическим вариантом, слабым типом высшей нервной деятельности, при наличии

длительной психотравмирующей ситуации. Головная боль нервно-мышечного типа, в развитии которой определяющую роль играет раздражение чувствительности нервных окончаний в тонически напряженных мышцах головы и шеи, возникает у больных без характерной для первой группы наследственной отягощенности, но также с импрессивным психологическим вариантом, однако при наличии сильного типа высшей нервной деятельности и актуальной стресс-ситуации, затрагивающей особенно значимые для данной личности отношения. Возможно, сочетание второй группы факторов имеет патогенетическое значение в повышении прежде всего активности симпатико-адреналовой системы, играющей особенно важную роль в развитии головной боли нервно-мышечного типа, в то время как комплекс факторов у больных с головной болью нервно-сосудистого типа выявляет преобладание парасимпатического тонуса вегетативной нервной системы.

Представляет интерес, что у больных с экспансивным психологическим вариантом, как правило, развитие головной боли типа психалгии не сопровождалось значительно выраженными патофизиологическими и биохимическими изменениями (табл. 9).

В исследовании А. Я. Страумита (1966, 1969) на основании изучения 62 психогенных и соматогенных факторов проведен анализ ведущих причин и взаимодействующих с ними дополнительных патогенных условий, определяющих избирательное нарушение при неврозах сердечной деятельности. Процесс развития неврозов с сердечными расстройствами, согласно автору, включает в себя несколько стадий: стадию формирования почвы для невроза; инкубации невроза; развития общеневротических расстройств; манифестации нейрокардиальных нарушений; стадию развития кардиофобии.

Большой интерес представляют также уже упоминавшиеся ранее исследования Ю. М. Губачева и соавт. (1973), в которых убедительно показано значение одновременного комплексного психосоциального, физиологического и биохимического исследований с привлечением методов многомерной статистики для установления этиопатогенеза психосоматических синдромов у больных неврозами.

Ряд других данных, иллюстрирующих проблему «выбора симптома» при неврозах, был приведен при изложении нейрофизиологического, нейрохимического и психо-

Таблица 9. **Сравнительные результаты лабораторного исследования больных с различными типами невротических головных болей**

Методика исследования	Результаты исследования		
	головная боль нервно-сосудистого типа	головная боль нервно-мышечного типа	головная боль типа психалгии
Краниография	Патологии нет		
Пневмоэнцефалография	»	»	
Височная плетизмография	Наличие закономерностей связи между повышением амплитуды пульсовых колебаний височных артерий и возникновением головной боли. Положительный нитроглицериновый тест: возникновение и усиление головной боли после приема нитроглицерина наряду с резким увеличением амплитуды пульсовых колебаний височных артерий. Положительный эрготаминовый тест: прекращение или значительное уменьшение головной боли под влиянием эрготамина, сопровождающееся выраженным снижением амплитуды пульсовых колебаний височных артерий (рис. 16)	Отсутствие связи между увеличением амплитуды пульсовых колебаний височных артерий и возникновением головной боли. Усиление головной боли при снижении амплитуды пульсовых колебаний височных артерий препаратами эрготаминовой группы	Отсутствие связи между величиной амплитуды пульсовых колебаний височных артерий и возникновением головной боли

Офтальмодинамометрия	Отсутствие существенных различий в величине диастолического давления в центральных артериях сетчатки при головной боли и в межболевом периоде		
Электромиография	Отсутствие закономерной связи между степенью тонического напряжения мышц головы и шеи и возникновением головной боли	Наличие закономерной связи между повышением тонического напряжения мышц головы и шеи и возникновением головной боли	Отсутствие связи между степенью тонического напряжения мышц головы и шеи и возникновением головной боли
Электроэнцефалография	Наличие на ЭЭГ пароксизмальности фоновой электрической активности коры головного мозга	Непостоянство фоновой электрической активности и изменения реактивности, выявляющиеся при функциональных нагрузках. Отсутствие явлений пароксизмальности фоновой электрической активности коры головного мозга	ЭЭГ близка к крайним вариантам нормы, нерезко выраженные изменения реактивности, выявляющиеся при функциональных пробах
Биохимическое исследование	Значительное повышение содержания в крови гистамина. Некоторое повышение адреналина	Значительное повышение содержания катехоламинов в крови при нормальном уровне гистамина	Нормальное содержание катехоламинов и гистамина в крови

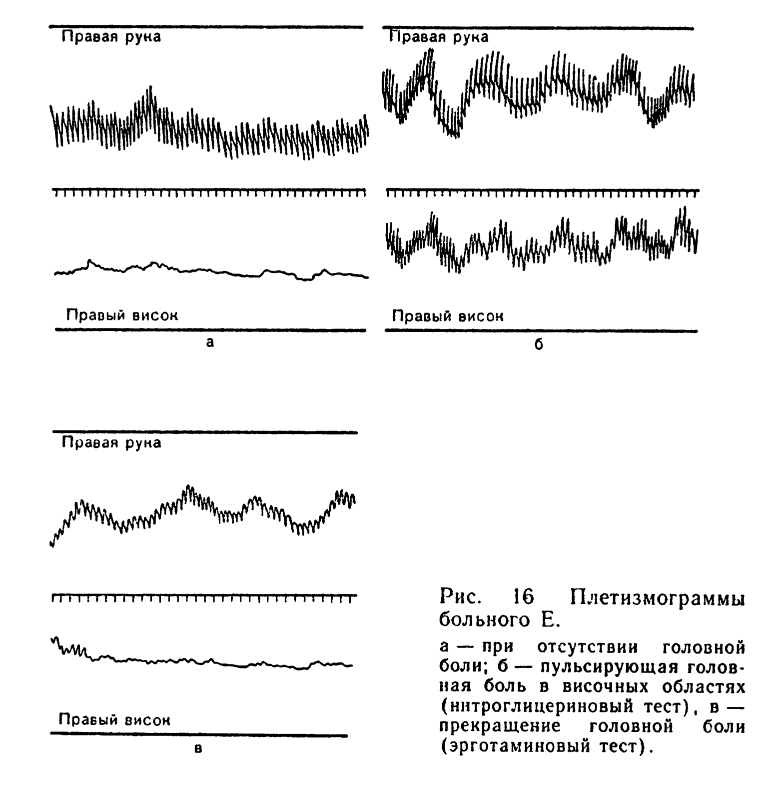


Рис. 16 Плетизмограммы больного Е.

а — при отсутствии головной боли; б — пульсирующая головная боль в височных областях (нитроглицериновый тест), в — прекращение головной боли (эрготаминовый тест).

физиологического аспектов неврозов, и здесь нет необходимости на этом останавливаться.

В тесной связи с симптомообразованием при неврозах стоит другая проблема, которой посвящена большая литература, а в 1972 г. она обсуждалась даже на специально проводившемся в ГДР международном симпозиуме «Изменение симптома при невротических заболеваниях».

Как подчеркивалось на этом симпозиуме, вопрос об изменении симптомов при неврозах, иначе говоря, их индивидуальный патоморфоз, имеет ряд важных аспектов. В клиническом плане это касается классификационных делений неврозов, их патогенетической дифференциации. Изменение симптома, отмечает S. Leder (1972), — это проблема сложных по патогенезу, длительно текущих невротических состояний. По данным K. Höck [цит. по Konig W., 1972], при относительно простых формах

неврозов типа вегетативных эмоциональных реакций и условнорефлекторных нарушений не существует изменения симптомов, более того — его наличие исключает эти формы. Типично изменение симптомов при неврозах, обусловленных первичными аномалиями личности, и относительно реже оно встречается при вторичных аномалиях развития.

Вопрос об изменении симптомов имеет также терапевтический аспект [Klumbies G., 1972], касающийся соотношения каузальной и симптоматической терапии невротических состояний.

Наконец, как указывает B. König (1972), тщательное изучение этой проблемы важно для лучшего понимания патогенеза невротических симптомов, соотносительной роли в ней психогенетических и иных факторов. Так как все моменты, лежащие вне психогенеза (наследственно-конституциональные особенности, возможный органический фон, общая структура личности и др.), в определенной степени можно рассматривать как постоянные, то в отличие от ретроспективных исследований здесь создаются более благоприятные условия для изучения патогенеза невротических симптомов.

Наш многолетний опыт свидетельствует о том, что изменение симптомов более характерно для затяжных форм неврозов, имеющих многофакторную обусловленность. Вместе с тем, как это было показано при описании истерического невроза на основании исследований Р. А. Зачепицкого (1972), чаще смена симптомов отражает переживания, связанные с изменившейся ситуацией, появлением новых жизненных трудностей, патогенное значение которых нельзя понять без соотнесения их с особенностями личности больного, его отношений к жизни и людям; они могут также отражать динамику обратного развития симптомов под влиянием лечения. Хорошо известны факты исчезновения невротической тревоги при возникновении конверсионных симптомов и, напротив, возобновление тревоги при устранении этих симптомов, например, с помощью гипноза. Такую же функцию по отношению к резко выраженной тревоге может выполнять синдром деперсонализации [Нуллер Ю. Л., 1981, и др.], хотя нужно подчеркнуть, что в клинике неврозов в отличие от психических заболеваний чисто невротические деперсонализации встречаются относительно редко.

ОСОБЕННОСТИ СИМПТОМООБРАЗОВАНИЯ У БОЛЬНЫХ НЕВРОЗАМИ СО СПОНТАННОЙ РЕМИССИЕЙ АЛКОГОЛИЗМА

Как уже отмечалось ранее, клинический патоморфоз неврозов тесно связан с социально-психологическими моментами. Одним из основных показателей социальной нормы является критическое отношение личности к злоупотреблению алкогольными напитками. Рост алкоголизма и связанные с ним проблемы в различных сферах жизни советского человека, особенно в последние годы, определили непримиримую позицию общества к злоупотреблению алкоголем и алкоголизму. Эта позиция четко отражена в антиалкогольной пропаганде, что позволяет личности, отягощенной алкогольными проблемами, самой найти адекватные пути их разрешения. У личности невротической, имеющей к тому же и алкогольные проблемы, разрешение их в ряде случаев происходит иррационально, следствием чего может явиться формирование невроза. Структура клинической картины, динамика заболевания, личностные особенности этих больных, невротический конфликт, психологические механизмы симптомообразования стали предметом специального исследования, выполненного под нашим руководством М. Ю. Мелик-Парсадановым (1987). На его результаты и опирается автор при изложении данной проблемы.

Всего обследовано 105 больных неврозами (мужчин в возрасте 19—46 лет), у которых ретроспективно клинико-анамнестическим методом была выявлена так называемая спонтанная ремиссия алкоголизма. У всех больных до установления спонтанной ремиссии алкоголизма определялась сформировавшаяся зависимость от алкоголя — развернутая стадия алкогольной болезни соответственно критериям А. А. Портнова и И. Н. Пятницкой (1971). Все больные были распределены на две группы: 99 человек с фобическим и 6 — с ипохондрическим синдромом. Больные с фобическим синдромом разделились на четыре подгруппы по степени преобладания нозофобических или социофобических расстройств в структуре синдрома: у 24,8 % определяется нозофобический (кардиофобический) синдром, у 30,5 % — нозосоциофобический, у 23,8 % — соционозофобический и у 15,3 % — социофобический синдром.

Невротические расстройства возникали обычно через 6—8 ч после алкогольного эксцесса, чаще в виде вегетативного криза или других вегетативных нарушений,

включающих в себя симптомы абстинентного синдрома. Невротическая переработка болезненных ощущений приводила к формированию фобического или ипохондрического синдрома и прекращению алкоголизации.

Общим для всех больных являлось наличие определенных условий жизни, воспитания и развития, способствовавших формированию невротической личности. Это специфическая психотравматизация в детстве, связанная с алкоголизацией членов семьи (чаще отца с преобладанием негативных или противоречивых эмоциональных реакций, чувств и отношений к нему), неадекватные формы воспитания.

В самом общем виде специфику первичного психологического конфликта у данных больных можно определить как противоречие между гипертрофированным стремлением к самоутверждению, лидерству, высоким уровнем притязаний, потребностью в жестком следовании конвенциональным нормам, с одной стороны, и такими психологическими особенностями, как низкая психологическая толерантность, неуверенность в себе, чувство собственной малоценности, переживание одиночества и отчужденности, — с другой. Сочетание указанных характеристик препятствовало адекватной социально-психологической адаптации, что в свою очередь приводило как к усугублению внутреннего конфликта, так и к усилению нервно-психического напряжения. Для снятия последнего больные прибегали к алкоголизации, ситуативно снижая в некоторой степени ее уровень. Такая неадекватная форма адаптации (симптоматическая алкогольная адаптация) приводила к возникновению алкогольной зависимости и другим проявлениям алкогольной болезни. Однако с развитием алкогольной болезни нарастала дезадаптация в значимых сферах жизни пациентов (семейной, профессиональной и т. д.), углубляющая и закрепляющая психологический конфликт. На этом этапе он усиливался также за счет включения дополнительных противоречивых тенденций: потребности в алкоголе как проявлении алкогольной болезни (зависимости) и потребности в жестком следовании социальным или индивидуально-субъективным нормативам, в рамках которых алкоголизация и нарушения поведения, связанные с ней, оценивались негативно. Устойчивый характер данного внутриличностного конфликта приводил к дальнейшему росту нервно-психического напряжения и иррациональному, невротическому способу его разрешения. Манифестация

невротической симптоматики приводила, с одной стороны, к психогенно обусловленной спонтанной ремиссии алкоголизма, а с другой — к клиническому оформлению невроза. Устойчивость ремиссии алкоголизма поддерживалась выраженностью клинических симптомов невроза, что позволяет рассматривать невротические расстройства у данного контингента больных как проявление специфического психологического защитного механизма, ситуативно снижающего уровень нервно-психического напряжения и актуальность сложного многоступенчатого невротического конфликта.

Защитный характер невротических нарушений проявлялся чаще в ситуациях, прямо или косвенно связанных с возможностью употребления алкоголя. Дистантные стимулы (вид, запах алкоголя, а также вид пьяных, опустившихся людей) усиливали невротические проявления. Больные избегали алкогольных ситуаций, аргументируя это тяжестью своего заболевания. Устанавливался невротический тип поведения, приводящий к разрушению привычных социальных связей, стиля жизни и изменению отношения к алкоголю. Вся активность направлялась на поиски специалистов-врачей, установление «правильного» диагноза, назначение лечения.

По данным М. Ю. Мелик-Парсаданова, 81,9 % больных многократно госпитализировались в стационары соматического и неврологического профиля, им устанавливались различные диагнозы, не соответствовавшие характеру заболевания, и, следовательно, они не получали адекватного лечения. Никто из них не направлялся на консультацию к наркологу и не устанавливалась связь заболевания с алкоголизацией. Выявилась высокая частота повторных госпитализаций этого контингента больных и в психоневрологические стационары (76,19 %): 36,19 % больных лечились повторно, 30,48 % — стационировались трижды и 9,52 % — более трех раз. Выборочный анализ архивных историй болезни или медицинских сведений не выявил данных об алкогольном звене в патогенезе заболевания, что говорит о недостаточном внимании к алкогольному анамнезу в соматических клиниках и отделениях неврозов, а также определенных сложностях его объективизации.

Несмотря на общие закономерности развития заболевания, у больных со спонтанной ремиссией алкоголизма выявились достоверные различия социально-психологических, биологических показателей, а также особые усло-

вия и особые факторы формирования невротической личности, характерные для выделенных синдромов. Установлены различия в стиле алкоголизации, ее интенсивности, начальной толерантности у больных с нозофобическим и социофобическим синдромами до формирования алкогольной болезни, их зависимость от отношения к алкоголизации в детстве и юношеском возрасте, стремления соответствовать определенным «идеалам», специфики психотравматизации в детском возрасте, негативного или позитивного эмоционального опыта, связанного с алкоголизацией в родительской семье, а также с особенностями характера и темперамента до заболевания.

У больных с нозофобическим (кардиофобическим) синдромом употребление алкоголя в родительских семьях чаще всего не носило характера злоупотребления или бытового пьянства, а являлось атрибутом застолья, «гостеприимства». В детском возрасте у большинства этих больных было положительное отношение к употреблению алкогольных напитков, что ассоциировалось у них с весельем и праздниками. В этой подгруппе в большей степени, чем в других подгруппах больных, отмечалось положительное отношение к отцу или лицу, символизирующему его. Им нравился стиль их жизни, сила, мужество, умение «пить» и «не пьянеть». Идеальными для них являлись тип «сильной личности» или тип «супермена», которым они и пытались подражать. Мотивы конфликтов в родительских семьях, связанные с алкоголизацией, отмечались только у 19,23 %.

У этих больных чаще отмечалось отставание в физическом развитии в детском возрасте от сверстников, что способствовало возникновению чувства неполноценности, неуверенности в себе, робости. Преодоление негативных чувств осуществлялось с помощью механизмов гиперкомпенсации и гиперкомпенсаторного поведения: усиленным закаливанием, увлечением различными видами спорта, требующими особой смелости, выносливости, мужественности (мото-, автогонки, бокс, горнолыжный спорт и пр.). Алкоголь на этих этапах жизни являлся атрибутом «мужественности», способствовал самоутверждению, помогал преодолевать чувство неуверенности, облегчал общение.

В отличие от других подгрупп больных с фобическим синдромом у пациентов с кардиофобическим синдромом отмечалась низкая начальная толерантность к алкоголю, что воспринималось ими как признак слабости,

неполноценности. Характерным было приучивание себя к алкоголю частыми и увеличивающимися его дозами. Стремление соответствовать идеальному «Я», определенному эталону «сильной личности» выражалось и в попытках в состоянии алкогольного опьянения также соответствовать ему: выглядеть трезвым, уметь вести себя должным образом. С возникновением алкогольной болезни, изменением формы потребления и опьянения у них нарушался желаемый «идеальный» стиль жизни и поведения; появлялись признаки дезадаптации и во всех значимых сферах жизни больных. Нервно-психическое напряжение, создаваемое противоречивым неосознанным внутренним конфликтом, разрешалось вегетативным кризом. Внезапность приступа, ноцицептивный характер болезненных переживаний, невротическая их переработка приводили к прекращению алкоголизации, быстрому формированию кардиофобического синдрома и становлению психогенно обусловленной спонтанной ремиссии алкоголизма. Подобное разрешение невротического конфликта позволяло больным создать компромиссное представление о себе как о «сильном», но больном человеке.

Отсутствие у большинства больных с кардиофобическим синдромом отягощенной алкоголизмом наследственности, низкая начальная толерантность к алкоголю с тошнотно-рвотной реакцией на передозировку могут свидетельствовать о большей роли в возникновении алкоголизма в этой группе больных социокультуральных и психологических факторов.

Основными клиническими проявлениями социофобического синдрома у больных со спонтанной ремиссией алкоголизма были страх дрожания рук, страх покраснения, страх потери контроля за поведением, страх публичных выступлений, страх «упасть». Обычно невротические нарушения появлялись в обществе людей, при общении или в ожидании общения. Характерным для данных больных было наличие заметного фона вегетативных нарушений, особенно в начале заболевания, а также больший полиморфизм невротической социофобической симптоматики, что их отличало от пациентов, страдающих «чистым» неврозом с тем же синдромом, но без алкогольного звена в генезе болезни. Больные с социофобическим синдромом отличались более старшим возрастом, более поздним началом заболевания (25—35 лет), более высоким образовательным, интеллектуаль-

ным и социальным уровнем. Для них характерно более позднее начало алкоголизации — 24—30 лет.

У больных с социофобическим синдромом отмечалась достоверно более высокая наследственная отягощенность алкоголизмом. Культурный уровень большинства родительских семей был ниже, чем в других подгруппах пациентов с фобическим синдромом. Детство их протекало в постоянной психотравмирующей обстановке, связанной с алкоголизмом в семье. Пьянство ассоциировалось у них с бедой, горем, несчастьем. У большинства больных с социофобическим синдромом было негативное отношение к своим отцам, что связывалось ими с алкоголизацией и асоциальным поведением, реже — противоречивое отношение. У 75 % пациентов этой подгруппы в детском и юношеском возрасте сложилось негативное отношение к употреблению алкогольных напитков. У 25 % оно было противоречивым.

Всем больным с социофобическим синдромом в детстве были свойственны робость, неуверенность в себе, чувство неполноценности, одиночества, которые подкреплялись в школьные годы стыдом за своих родителей, опасениями, что окружающие узнают о пьянстве в семье. В школьные годы они характеризовались высокой нормативностью, ориентацией на положительные оценки учителей. Они усердно занимались, были добросовестными, отличались высокой ответственностью, исполнительностью. Хорошая успеваемость, положительные оценки и отношение учителей частично компенсировали чувство неполноценности, неуверенности в себе. Из увлечений чаще им было свойственно коллекционирование, занятие музыкой, рисованием, чтением; охотно занимались общественной работой. В своем поведении и отношениях чаще стремились соответствовать таким идеалам-штампам, как «положительная личность», «интеллигент», придерживаться жестких морально-нравственных принципов и установок. Однако в среде сверстников испытывали неловкость, робость, напряжение, хотя внешне и старались этого не проявлять. В числе факторов, способствовавших невротизации в детстве, были такие, как неадекватный характер отношений родителей: подавление инициативы, безразличие, жестокость.

У всех больных этой подгруппы отмечалась атарактическая мотивация алкоголизации, а у половины из них также и гиперактивационная мотивация. Характерным было то, что малые дозы алкоголя не вызывали релак-

сации, а в некоторых случаях, напротив, усиливали напряжение, психический дискомфорт. У большинства этих больных отмечалась высокая изначальная толерантность к алкоголю. Несмотря на негативное отношение к алкоголизации, употребление алкоголя становилось для больного необходимым, способствовало преодолению психологических трудностей общения, чувства неполноценности, неуверенности в себе. После алкогольных эксцессов обычно возникали чувство вины, недовольство собой, опасения, что вел себя недостойным образом, выглядел смешным; усиливалось чувство неполноценности. Однако, не находя адекватных способов преодоления эмоциональных, психологических проблем, больные вновь прибегали к алкоголизации.

С развитием алкогольной болезни усугублялись трудности адаптации этих больных: возникали актуальные конфликты, нарушались семейные, производственные отношения и пр. Большинство больных полностью не теряли критического отношения к злоупотреблению алкоголем. Попытки самим бросить пить терпели неудачу, что в свою очередь усугубляло чувство неполноценности, никчемности, чувство вины. Обычно невротические нарушения возникали в периоде воздержания от алкоголя, чаще после дополнительной психической травмы. В отличие от больных с кардиофобическим синдромом, у которых невротические нарушения чаще возникали остро, у больных с социофобическим синдромом в половине случаев заболевание начиналось подостро, у трети больных отмечалось более медленное формирование социофобического синдрома, и только у 2 больных заболевание возникло остро. С формированием социофобического синдрома устанавливалась спонтанная ремиссия алкоголизма. Становление ремиссии алкоголизма в определенной степени зависело от остроты начала заболевания, степени выраженности защитной невротической симптоматики, ее характера, а также конкретной социально-психологической ситуации. Если у больных с нозофобическим (кардиофобическим) синдромом становление ремиссии чаще происходило на начальных этапах заболевания — возникновения первых проявлений невротических расстройств, то у пациентов с социофобическим синдромом становление ремиссии происходило постепенно, по мере нарастания выраженности невротической симптоматики и идентификации себя с заболевшим человеком. В отличие от больных с другими синдромами

пациенты с социофобическим синдромом не лечились в стационарах общего профиля. Их первичные обращения были к психиатру, невропатологу или к психоневрологу.

Обычно они долго не решались обратиться к врачу, скрывали наличие алкоголизации, опасаясь осуждения. Только один больной в первый год заболевания обратился за помощью, двое — на второй год, остальные — на третий и четвертый год заболевания.

Больные с нозофобическим (кардиофобическим) и социофобическим синдромами представили две крайние по своим социально-психологическим, клиническим характеристикам, а также механизмам формирования невроза и становления ремиссии алкоголизма группы, между которыми расположился контингент больных с сочетанием различной степени выраженности как нозофобического, так и социофобического компонента в синдромах. Это были больные с нозосоциофобическим и соционозофобическим синдромами.

Необходимость выделения больных с ипохондрическим синдромом среди лиц со спонтанной ремиссией алкоголизма определялась не только спецификой клинических проявлений, по преимуществу ипохондрических, но и социально-психологическими характеристиками этих больных, а также особенностями механизмов формирования невроза и становления ремиссии алкоголизма. Возраст этих больных был старше, чем пациентов других групп: от 31 года до 46 лет. Все больные этой группы не имели законченного среднего образования и отличались невысоким интеллектуальным и культурным уровнем. Их детство и юность проходили в сельской местности, но по тем или иным причинам позже они стали жителями городов. По длительности заболевания неврозом до 5 лет было 2 больных, до 8 лет — 2, до 11 лет — также 2 человека. Эти пациенты значительно чаще повторно стационировались как в больницы общего профиля, так и в психоневрологические стационары, им устанавливались многочисленные необоснованные диагнозы и, следовательно, проводилось неадекватное лечение. Первое обращение к психоневрологу отмечено на второй и третий год с начала заболевания, у всех больных с ипохондрической формой невроза наследственность была отягощена алкоголизмом. По этому показателю они достоверно отличались от пациентов с фобическим синдромом. Культурный уровень родительских семей был

низким, характер воспитания и отношения к больным в детстве был преимущественно подавляющим, жестоким, противоречивым или безразличным. Конфликты в этих семьях носили особенно тяжелый характер и преимущественно были связаны с алкоголизмом кого-либо из членов семьи. Несмотря на выраженную психотравматизацию, связанную с алкоголизмом в родительских семьях, и отрицательное отношение к алкоголизации членов своих семей, у больных с ипохондрическим синдромом в детском и юношеском возрасте сложилось неоднозначное отношение к алкоголизации. У трети больных отношение к алкоголизации было положительным, у половины — противоречивым, у остальных — отрицательным. Все они по характеру были старательными, исполнительными, стремились завоевать одобрение, симпатию воспитателей, учителей, что им удавалось и что компенсировало дефицит внимания и тепла со стороны родных.

Возраст, в котором больные с ипохондрическим синдромом начинали злоупотреблять алкогольными напитками, обычно совпадал с началом трудовой деятельности или же с возвращением из армии. С одной стороны, алкоголь и алкоголизация у больных ассоциировались с самостоятельностью, свободой, достатком, благополучием, с другой — с пороком, бедой, болезнью. Потеря количественного и ситуационного контроля, изменение формы опьянения приводили к конфликтным ситуациям в различных сферах жизни. Больные попадали в вытрезвитель, получали взыскания на работе. Возникали тяжелые ссоры в семье, изменялось отношение к ним со стороны окружающих.

Больным с ипохондрическим синдромом свойственно постепенное (чаще) и подострое начало заболевания, как правило, после психотравмирующих ситуаций в сфере особо значимых отношений: осуждение за пьянство из уст авторитетных для них лиц, стыд и унижение, связанные с какой-либо алкогольной ситуацией, болезнь или смерть близкого, обусловленная алкоголизацией, и пр. Появлялась тенденция к ипохондрической переработке симптомов абстиненции, фиксация внимания на своем самочувствии, различных ощущениях. Этому способствовало гиперопекающее отношение жен больных, бессознательно стремившихся видеть своих супругов скорее соматически больными, чем «алкоголиками». В некоторых случаях толчком для прекращения алкоголизации служила также ятрогения.

Больные этой группы с возникновением ипохондрической симптоматики прекращали употреблять спиртные напитки, у них устанавливалась спонтанная ремиссия алкоголизма. Поведение в семье, на работе, в ближайшем окружении постепенно приобретало все более заметный защитно-приспособительный невротический характер. Круг интересов и общения ограничивался заботой о здоровье, контактами с врачами различных специальностей. Отношение к работе становилось формальным, снижалась собственная производственная оценка.

Защитно-невротический характер поведения во время болезни выражался и в появлении негативного, даже агрессивного, отношения к злоупотребляющим алкоголем.

Отнесенность указанных больных к определенной нозологии представляется неоднозначной: с одной стороны, выраженность невротической симптоматики, наличие невротического конфликта позволяют рассматривать этих пациентов как больных неврозами, с другой — результаты клинико-анамнестического исследования выявляют у них спонтанную ремиссию алкоголизма. Отсутствие четких диагностических критериев у данного контингента больных приводит к неоправданным госпитализациям их не по профилю заболевания, неадекватному лечению, что в свою очередь способствует затяжному течению невроза, хронизации невротических расстройств, нарушению социальной адаптации и социального функционирования больных.

Проведенное М. Ю. Мелик-Парсадановым всестороннее изучение преморбидных особенностей личности больных неврозами со спонтанной ремиссией алкоголизма, системы их особо значимых отношений подтвердило предположение о взаимообусловленности возникновения невроза и становления спонтанной ремиссии алкоголизма. В становлении спонтанной ремиссии алкоголизма у этих больных значительную роль играют невротические механизмы, невротический конфликт двух потребностей: алкоголизации и соблюдения социальных норм или субъективных эталонов поведения. Фобические и ипохондрические проявления невроза носят защитно-приспособительный характер, способствуют стабилизации спонтанной ремиссии алкоголизма.

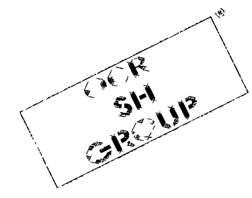
В отечественной литературе на возможную роль невротических расстройств в становлении так называемой спонтанной ремиссии алкоголизма указывают также

Г. А. Обухов (1973), В. Д. Пеннер и А. Б. Успенский (1986) и некоторые другие авторы.

* * *

Даже если иметь в виду только те данные, которые были приведены в разделе, посвященном этиологии и патогенезу неврозов, то и в этом случае достаточно очевидна недопустимость сведе́ния их патогенеза исключительно к психогенезу без рассмотрения последнего в единстве с нейрофизиологическими и другими механизмами.

В истории медицины степень эффективности лечения той или иной болезни всегда определялась уровнем достигнутых знаний о всей совокупности патогенетических механизмов страдания. Нет оснований думать, что при неврозах при всем их своеобразии как вида человеческой патологии возможен иной путь.



ЧАСТЬ III. ЛЕЧЕНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА

Глава 7. ПСИХОТЕРАПИЯ НЕВРОЗОВ

МЕСТО ПСИХОТЕРАПИИ В СИСТЕМЕ ЛЕЧЕБНЫХ ВОЗДЕЙСТВИЙ ПРИ НЕВРОЗАХ

Отмеченный в предыдущих разделах патоморфоз неврозов настоятельно потребовал разработки новых и усовершенствования существующих методов терапии и организационных форм лечебно-профилактической помощи больным неврозами [Липгарт Н. К., 1982; Карвасарский Б. Д., 1985; Вальдман А. В., Александровский Ю. А., 1987; Ploeger A., 1972; Kratochvil S., 1978, 1987; Helm J., 1978; Weise H., Weise K., 1982; Aleksandrowicz J. W., 1983; Leder S. et al., 1983; Matousek O., 1986].

Обобщение многолетнего опыта отделения неврозов и психотерапии Института им. В. М. Бехтерева и других ведущих в этой области учреждений нашей страны, а также опыта исследователей зарубежных, прежде всего социалистических, стран позволяет сформулировать ряд положений, касающихся состояния и перспектив дальнейшей разработки системы лечебных воздействий при неврозах.

Представлению о роли в этиопатогенезе неврозов биологических, психологических и социальных механизмов, выступающих в неразрывном динамическом взаимодействии, соответствует комплексный подход к лечению неврозов, оптимально сочетающий в себе терапевтические методы, относимые к трем основным типам — биологическим, психологическим и социальным.

Принцип комплексного подхода не только не исключает, но и требует высокой степени дифференциации лечебных воздействий, учитывающих показатели как клинического (форма, синдром, особенности течения), так и физиологического, в том числе нейрохимического (особенности «почвы», реактивность) и психологического характера (особенности личности, специфика психотравмирующей ситуации — степень ее объективной и субъективной разрешимости и др.).

Очевидно, что чем более выражены в патогенезе каждого индивидуального случая биологические механизмы,

тем больший удельный вес приобретают фармакологические и физические методы лечения. Однако (и это необходимо подчеркнуть) при всей важности и перспективности биологических видов лечения (в особенности из-за широкой распространенности неврозов и неизбежных трудностей обеспечения всех нуждающихся квалифицированной психотерапевтической помощью) последние в большинстве случаев, прежде всего при затяжных формах неврозов, решают не стратегические, а лишь тактические задачи, что определяется их преимущественно психогенной природой.

Основным методом в сложном терапевтическом комплексе при неврозах является психотерапия, представленная в современной лечебной практике десятками методов и форм, убедительная оценка эффективности которых чрезвычайно сложна прежде всего ввиду недостаточной разработанности общей теории психотерапии.

Развитие советской психотерапии характеризуется все более широким распространением и признанием ведущей роли при неврозах личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии [Мясищев В. Н., 1960; Карвасарский Б. Д., 1975, 1985; Мурзенко В. А., 1975; Исурина Г. Л., 1982; Ташлыков В. А., 1986, и др.].

Цели и задачи личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии, отражающие ее теоретическую и практическую направленность, могут быть сформулированы следующим образом: 1) глубокое и всестороннее изучение личности больного, особенностей его эмоционального реагирования, мотивации, специфики формирования, структуры и функционирования его системы отношений; 2) выявление и изучение этиопатогенетических механизмов, способствующих как возникновению, так и сохранению невротического состояния и симптоматики; 3) достижение у больного осознания и понимания причинно-следственной связи между особенностями его системы отношений и заболеванием; 4) помощь больному в разумном решении психотравмирующей ситуации, изменении при необходимости его объективного положения и отношения к нему окружающих; 5) изменение отношений больного, коррекция неадекватных реакций и форм поведения, что является главной задачей психотерапии и в свою очередь ведет как к улучшению субъективного самочувствия больного, так и к восстановлению полноценности его социального функционирования.

На протяжении длительного периода в практике отечественной психотерапии неврозов достижение указанных целей осуществлялось главным образом методом индивидуальной психотерапии. Периодически обращались и к отдельным приемам «коллективной» (по терминологии авторов) психотерапии, но ей отводилось место, хотя и важное, но дополнительное к индивидуальной психотерапии. Система межличностных групповых взаимоотношений и ее психотерапевтический потенциал использовались весьма ограниченно.

Одной из наиболее актуальных в настоящее время задач дальнейшего развития системы личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии неврозов является разработка таких методов групповой психотерапии, которые позволили бы восстановить нарушенные системы отношений и перестройку личности больного путем воздействия на все основные компоненты отношения: познавательный, эмоциональный и поведенческий. Таким методом, в частности, является психотерапевтическая группа, работа которой строится на использовании закономерностей групповой динамики и ориентируется на максимальное стимулирование активности каждого из ее участников.

В отличие от традиционно существующих форм группового психотерапевтического воздействия (аутотренинг, гипносуггестивная и рациональная психотерапия в группе и др.), в которых связь психотерапевт — больной неврозом многократно дублируется, в то время как система межличностных взаимоотношений больных остается в целом неизменной, при групповой психотерапии реализуется возможность восстановления таких определяющих качеств личности, как сознательность, самостоятельность и социальность.

Патогенетическая природа этой формы групповой психотерапии позволяет достичь конечного терапевтического эффекта в соответствии с изложенными выше целями и задачами личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии посредством, с одной стороны, осознания и понимания роли собственных личностных особенностей в возникновении межличностных конфликтов (а опосредованно — и невротических симптомов), а с другой — реальной коррекции неадекватных реакций и форм поведения, что и является главной предпосылкой восстановления здоровья и полноценного функционирования личности.

В связи с возрастающим интересом к групповой психотерапии нередко острый и дискуссионный характер приобретает обсуждение теоретических и практических аспектов соотношения индивидуальной и групповой психотерапии. Применительно к концепции личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии при неврозах на данном этапе ее развития, по-видимому, наиболее целесообразными являются не крайние позиции, утверждающие во всех случаях исключительную роль тех или иных методов, а их дальнейшее развитие и определение соотносительной ценности индивидуальной и групповой психотерапии в общей системе патогенетических воздействий при неврозах. При этом необходимо, естественно, исходить из учета всего многообразия факторов, участвующих в патогенезе неврозов — клинических, физиологических, психологических и др.

В настоящее время вопрос о соотношении индивидуальной и групповой психотерапии может решаться в соответствии с представлениями о первичных (способствующих возникновению) и вторичных (способствующих сохранению) механизмах невротической симптоматики. Поскольку первичные механизмы в большей степени связаны с внутриличностным конфликтом и историей жизни больного, а вторичные — с трудностями его межличностных отношений и актуальной жизненной ситуации, то закономерным является сосредоточение внимания в индивидуальной психотерапии на проблематике первого и в групповой психотерапии — второго рода. Такое условное разграничение терапевтической проблематики между индивидуальным и групповым психотерапевтом возможно лишь в условиях постоянного и тесного контакта между ними, обеспечивающего обмен информацией с целью оптимальной организации всего комплекса психотерапевтических воздействий, в который при наличии показаний могут включаться и иные, так называемые симптоматические методы психотерапии: гипносуггестивная психотерапия, аутогенная тренировка, условнорефлекторные методы и др.

До недавнего времени проблематика психотерапии в основном, как уже было отмечено, решалась в индивидуально психологическом плане. Между тем развитие представлений о формировании невротической личности и все более широкое распространение групповых форм психотерапии обусловливают необходимость дополнения этого аспекта социально-психологическим. Поскольку и в

индивидуальной, и в групповой психотерапии терапевтическое воздействие представляет собой взаимодействие, вопросы взаимоотношений врача (психолога) и больного становятся одними из наиболее актуальных. Другой актуальной проблемой, подлежащей освещению с позиций советской социальной психологии, является групповая динамика в психотерапевтических группах. Значение этих проблем для психотерапии и ее дальнейшего развития будет рассмотрено в следующих разделах книги.

ПРОБЛЕМА СООТНОШЕНИЯ ОСОЗНАВАЕМЫХ И НЕОСОЗНАВАЕМЫХ ФОРМ ПСИХИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В ЛИЧНОСТНО-ОРИЕНТИРОВАННОЙ (РЕКОНСТРУКТИВНОЙ) ПСИХОТЕРАПИИ

В предыдущем разделе уже указывалось, что одной из основных целей личностно-ориентрованной (реконструктивной) психотерапии, отражающей теоретическую и практическую направленность концепции, является достижение у больного осознания и понимания причинно-следственной связи между особенностями его системы отношений и его заболеванием. Поэтому представляется целесообразным рассмотреть здесь несколько шире проблему «бессознательного», или, точнее, вопросы соотношения осознаваемых и неосознаваемых форм психической деятельности, главным образом в аспекте личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии неврозов.

Причины недооценки научной значимости проблемы «бессознательного», в течение длительного времени обусловленные развитием ее в основном в рамках психоанализа, исчерпывающе проанализированы в работах Ф. В. Бассина, В. Е. Рожнова, М. А. Рожновой (1972, 1974), А. С. Прангишвили, А. Е. Шерозия, Ф. В. Бассина (1978). Необходимо лишь более ясно подчеркнуть, что на оценку значения этой проблемы для психологии, социологии, педагогики, психотерапии советскими учеными не могли не оказать влияния представления в личности как системе сознательных (в основном сознательных!) отношений человека. Очевидно, что и сегодня и, конечно, в дальнейшем система социально-педагогических и психотерапевтических воздействий будет отражать именно такое понимание сущности личности в марксистсской психологии.

Далее, отсылая интересующихся к упомянутым работам, а также к монографиям «Бессознательное. Природа, функция, методы исследования» (Т. I—IV. — Тбилиси, 1978—1985), в которых сделаны в большей или меньшей степени удачные попытки поисков рядом советских авторов соотношения сознательного и «бессознательного» при различных патологических состояниях — в их клинических проявлениях, механизмах развития и лечении, позволим себе более подробно привести наш опыт изучения соотношения осознаваемых и неосознаваемых форм психической деятельности в механизмах развития неврозов и их психотерапии.

Обращаясь к значению неосознаваемых форм психической деятельности в патогенезе неврозов и их психотерапии [Зачепицкий Р. А., 1973, 1974; Мясищев В. Н., 1975; Зачепицкий Р. А., Карвасарский Б. Д., 1978), необходимо отметить, что сам факт существования «бессознательного» в психической жизни человека был известен задолго до появления психоанализа, с которым обычно связываются постановка и изучение этой проблемы.

Для научного решения этих вопросов, как отмечает Р. А. Зачепицкий (1973), огромное, основополагающее значение имеет использование идей К. Маркса о влияниях сознания и «бессознательного», намного опередивших искания современных психологов и философов. Объективный анализ общественно-экономических процессов и категорий позволил К. Марксу по-новому осветить природу и формы человеческого сознания. Если классическая философия рассматривала сознание лишь в однородной плоскости восприятий и представлений субъекта, то К. Маркс открыл его многомерный характер, показав, что субъективное отражение объектов реальности определяется сложной системой социальных отношений, причем социальные механизмы этой преобразующей системы сознанием не улавливаются. Поскольку образования сознания обусловлены не прямолинейной причинной зависимостью от реальных объектов, они представляют собой, по К. Марксу, «превращенные формы» действительности, что обычно затрудняет понимание сущности самих явлений действительности. Отсюда очевидна наивность житейского представления, будто наши восприятия являются зеркальным отражением существующего вне нас реального мира. Согласно известной ленинской формулировке мы не только отражаем, но и творим мир.

Всякое восприятие избирательно и конструктивно. Оно не есть простая реакция на стимул. Объекты воспринимаются в свете прежнего опыта, человеческих предположений, предвидений и ожиданий.

Бессознательное, — отвечают А. В. Петровский и М. Г. Ярошевский (1976), — это столь же специфически человеческое психическое проявление, как и сознание, оно детерминировано общественными условиями существования человека, выступая как частичное, недостаточно адекватное отражение мира в мозге человека.

В свете этих предложений человек рассмаривается в единстве его социальной сущности и биологической основы. Но чтобы понять его в главном его существе, т. е. его личность, невозможно сознание и «бессознательное» исследовать одними лишь нейрофизиологическими методами при всей важности такого изучения (Иванов-Смоленский А. Г., 1974; Трауготт Н. Н., 1978, и др.). Это было ясно передовым отечественным психологам (Выготский Л. С., 1956; Мясищев В. Н., 1960; Узнадзе Д. Н., 1966, и др.) и подчеркнуто французским философом-марксистом L. Seve (1972).

Начало такого подхода к разработке проблем психотерапии было положено трудами В. Н. Мясищева и его сотрудников (Яковлева Е. К., 1958; Зачепицкий Р. А., 1973, 1974, и др.). Эти исследования исходят из положения о том, что при отсутствии грубой органической патологии головного мозга или психотических расстройств поведение людей определяется в основном их сознанием, с которым связан активный и избирательный характер их отношений, прежде всего взаимоотношений с другими людьми. Неосознанные процессы психической деятельности не находятся в антагонизме с сознанием, но взаимодействуют с ним. Не осознается механика социальной динамики, превращающая явления действительности в явления сознания. В область неосознанного переходят ранее осознанные акты, когда они автоматизируются благодаря многократному повторению, а также явления внешней и внутренней среды человека, не находящиеся в данный момент в поле его активного внимания. В сознание с большей или меньшей легкостью возвращается хранящийся в области неосознанного материал, необходимый при решении возникающих перед человеком задач.

Известно, что большинство больных неврозами и другими психогенными расстройствами обычно не осознают

многих обстоятельств, сыгравших патогенную роль в развитии их болезненного состояния. Это происходит, с одной стороны, потому, что источники их расстройств кроются в области социальных отношений, не находящих зачастую прямолинейного отражения в сознании, с другой — вследствие вытеснения их сознания непереносимых для больных психотравмирующих моментов. О вытеснении говорит и психоанализ. Но в отличие от него нами признается наиболее существенным в патогенетическом плане вытеснение не биологических влечений, а моментов, определяемых столкновением личности с такими обстоятельствами, которые несовместимы с ее особо значимыми отношениями, сформировавшимися в течение всей жизни индивида. Такое столкновение вызывает эмоциональное перенапряжение, нарушающее динамику нервных процессов в высших отделах головного мозга, что влечет за собой торможение отражения в сознании многих сторон патогенной ситуации, за исключением выступающего на передний план тягостного переживания возникших болезненных расстройств (симптомов). Само происхождение невротических симптомов обычно ускользает от сознания больного. Нередко они образуются по неосознаваемому механизму условной связи случайных впечатлений или действий с патогенной ситуацией, что можно видеть, например, из приводимого ниже наблюдения.

Больная С., 36 лет, техник. Поступила в отделение неврозов и психотерапии с жалобами на бессонницу, неприятные ощущения в области сердца, возникающие преимущественно при нервно-психическом напряжении, неустойчивое настроение, плаксивость, раздражительность, тревогу за свое состояние, быструю утомляемость.

Считает себя больной в течение года. Точно указывает день начала своего заболевания, когда, вернувшись домой с литературного вечера, почувствовала резкую слабость. С этого же дня возникла упорная бессонница, заключавшаяся в том, что с вечера долго не могла уснуть, после засыпания вновь пробуждалась, сон был неглубоким, тревожным, сопровождался тягостными сновидениями.

В связи с упорной бессонницей ухудшилось общее состояние, пропал аппетит, возрастала слабость. Наблюдавшие больную терапевты и невропатологи органических заболеваний не находили и советовали больной «взять себя в руки». Много думала о своем состоянии, не понимая, что с ней происходит. После перенесенной однажды гипнагогической галлюцинации в просоночном состоянии почувствовала себя еще хуже, возник страх сумасшествия, стала бояться ложиться спать, что в свою очередь еще больше ухудшило ночной сон. В таком состоянии была госпитализирована.

Полностью ориентирована, бреда и обманов чувств нет. Интеллект соответствует образованию и жизненному опыту. Память хорошая. Держится несколько напряженно, но в то же время остается синтон-

ной, приветливой. Чувствительна и впечатлительна. Плаксива при малейшем эмоциональном напряжении. Интерпретирует свое болезненное состояние как начальные проявления психического заболевания.

Изучение анамнеза жизни и болезни позволило получить ясное представление о генезе невроза и основных его проявлений, среди которых на первый план выступила упорная бессонница.

Внимание врача привлекли взаимоотношения больной с матерью. В пользу особой значимости для больной этой системы отношений и возможной ее роли в генезе невротического состояния свидетельствовало то напряжение, которое испытывала больная каждый раз во время прихода матери в клинику, заканчивавшееся слезами после ее ухода. Об этом же говорили постоянно повторяющиеся сновидения, в которых она всегда разговаривала с матерью, пытаясь ей что-то доказать, мать же при этом молчала.

В процессе психотерапевтических бесед стали выясняться довольно сложные отношения больной с матерью. Последняя всегда отличалась властным, деспотическим характером, никогда ни в чем не терпела никаких возражений. Трудности взаимоотношений между членами семьи восполнялись энергией, работоспособностью и заботливостью матери. Однако опека эта была тягостна для больной, так как мать постоянно требовала полного подчинения. Первый серьезный конфликт был связан со стремлением больной устроить свою личную жизнь — выйти замуж за однокурсника, которого она любила. Однако мать не разрешила с ним встречаться, так как давно строила другие планы и настаивала на браке дочери с сыном приятельницы, будучи твердо убежденной, что «лучше знает, какой у дочери должен быть муж» Назначенная матерью свадьба не состоялась лишь потому, что больная пригрозила, что лучше утопится, чем выйдет по желанию матери. Больная в конце концов настояла на своем и вышла замуж за своего друга. Это еще больше усложнило отношения ее с матерью, из-за чего она вынуждена была жить у родителей мужа. Такая ситуация продолжалась до тех пор, пока молодые супруги не получили отдельную квартиру. Казалось бы, взаимоотношения должны были улучшиться. Однако этого не произошло из-за частых визитов матери, которая постоянно упрекала дочь, обвиняя в «неблагодарности» к ней, вырастившей ее и отдавшей ей «всю жизнь». После этих посещений больная часто плакала, не могла долго заснуть Особенно ухудшилось ее самочувствие, когда после очередного скандала за полмесяца до начала заболевания муж попросил мать больной к ним больше не приходить. Больная тяжело переживала разрыв. Причиной этого, как было выяснено в процессе психотерапии, явились ее противоречивые отношения к матери. С одной стороны, всю свою жизнь она страдала от ее властности, с другой — испытывала к ней чувство любви и благодарности. Создавшаяся после разрыва ситуация стала для больной крайне болезненной, так как, несмотря на понимание правильности поступка мужа и на постоянные обиды со стороны матери, возникло чувство вины перед ней.

Анализ обстоятельств, предшествовавших непосредственному началу заболевания, позволял установить и тот повод, который привел к выраженной декомпенсации больной и клиническому проявлению невроза. Этим поводом стал литературный диспут на тему «Отцы и дети», где больная остро воспринимала упомнинание о «неблагодарных» и «непорядочных» детях, забывающих своих родителей.

В данном случае в процессе психотерапии был выявлен конфликт противоречивых тенденций в отношениях больной к матери. Что же касается ведущего симптома заболе-

вания — бессонницы, то он выступал в качестве одного из проявлений невротического состояния и в дальнейщем зафиксировался условнорефлекторным путем из-за совпадения времени отхода ко сну и времени обычного прихода матери в семью больной. Этот механизм больной не осознается. В ее сознании выступают лишь последствия патогенного противоречия — бессонница и лиссофобия.

Такое понимание психогенеза заболевания, сложившееся в процессе психотерапии, определило тактику дальнейшей работы психотерапевта. Хотя в данном наблюдении максимально полное осознание больной причин заболевания явилось важным звеном психотерапии, однако основное внимание врача было направлено на восстановление нарушенных отношений всех членов семьи. В этом случае успех психотерапии во многом определялся конструктивным, активным участием в ней как больной, так и ее матери, и мужа.

Существует много методов лечения невротических расстройств. Они могут быть эффективными, если применяются в системе личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии, важная задача которой состоит в том, чтобы помочь самому больному осознать все взаимосвязи, совокупность которых определила развитие болезни. Здесь речь идет не об осознании мифического материала психоаналитического или экзистенциального толка, а об уяснении больным реальных соотношений между его жизненным опытом, сформированной в этом опыте системой его отношений, ситуацией, с возникновением которой они пришли в противоречие, и проявлениями болезни. Весьма важно при этом привлечение внимания больного не только к его субъективным переживаниям и оценкам, но также и к внешним условиям его социальной среды, к ее особенностям, к взаимоотношениям окружающих его людей в семье, на производстве и т. д.

Подчеркивая роль учета неосознанных отношений для процесса психотерапии, В. Н. Мясищев (1960) указывает, что при исследовании больных с психогенными заболеваниями нередко обнаруживаются отрицательные или положительные отношения или тенденции, однако без сознательной формулировки человеком своего отношения или потребности. За вычетом тех случаев, отмечает автор, когда эти отношения утаиваются, речь идет о неосознанных отношениях. Цель психотерапевтической работы заключается в значительной степени в том, чтобы помочь больному уяснить, осмыслить связи и значение того, что

определяет его поведение, но чего он ранее не осознавал. «Бессознательное» — это то, что не интегрировано нашим мышлением.

Из работ последнего времени, посвященных рассматриваемой проблеме, следовало бы выделить публикации Вл. Иванова (1985) и П. В. Симонова (1982, 1983). Сознательное и подсознательное, отмечает Вл. Иванов, — это две основные формы психической деятельности человека. Они находятся в диалектическом единстве, одновременного антагонизма и синергизма. Подсознательная деятельность включает две формы: автоматизированную, прошедшую через фазы осознавания, и спонтанную (первичную), которая зарождается вне поля ясного сознания. П. В. Симонов в неосознаваемое психическое включает подсознание и сверхсознание. К сфере подсознания он относит все то, что было осознаваемым или может быть осознаваемым в определенных условиях. Это — хорошо автоматизированные навыки, глубоко усвоенные социальные нормы и мотивационные конфликты, тягостные для субъекта. Подсознание «защищает» сознание от излишней работы и психических перегрузок. Деятельность же сверхсознания обнаруживается в виде первоначальных этапов творчества, которые не контролируются сознанием (творческая интуиция).

Выявлению не улавливаемых больным патогенных связей при неврозах способствует целенаправленный процесс общения больного с врачом или с другими больными при групповой психотерапии. Центральной задачей личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии является, однако, не само по себе осознание противоречивости интересов и потребностей, а образование на этой основе регуляции потребностей, формирование сознательного отношения.

ВЗАИМООТНОШЕНИЯ ВРАЧА И БОЛЬНОГО В ПРОЦЕССЕ ПСИХОТЕРАПИИ НЕВРОЗОВ

В последние десятилетия значительно возросло число исследований, посвященных разработке научных основ психотерапии и, в частности, психотерапевтического контакта как одного из важнейших, а по мнению многих авторов, основного лечебного фактора, от которого зависит успех психотерапии в целом.

Вопросы взаимоотношений врача и больного в процессе психотерапии представляют собой один из аспектов более

общей проблемы взаимоотношений врача и больного в ходе лечения, являющейся разделом врачебной этики и медицинской деонтологии. Основы формирования этих дисциплин заложены в работах выдающихся врачей древности Гиппократа, Галена, Парацельса, а в отечественной медицине в трудах ее основоположников — М. Я. Мудрова, С. П. Боткина, В. А. Манассеина и др.

Выдвинутый последними принцип «лечить не болезнь, а больного», опирающийся на концепцию невризма, определил пути разработки научных основ врачебной этики и медицинской деонтологии и формирования психотерапевтического подхода врача к больному (а также обращения врача с больным) при различных заболеваниях.

В многочисленных, в том числе монографических, исследованиях советских авторов [Телешевская М. Э., Погибко Н. И., 1978; Морозов Г. В., Царегородцев Г. И., 1983; Ташлыков В. А., 1984, и др.] подчеркивается зависимость основных принципов и содержания медицинской деонтологии (в том числе ее раздела, касающегося взаимоотношений врача и больного) от общественного сознания, этических норм общества. Подлинно гуманистический характер медицинская деонтология приобретает лишь в условиях социалистического здравоохранения с его бесплатной медицинской помощью, отсутствием материальной заинтересованности в отношениях врача к больному.

В ряде работ [Кассирский И. А., 1970; Эльштейн Н. В., 1986] подчеркивается возрастающее значение проблемы взаимоотношений врача и больного в связи с усиливающейся технической, инструментальной вооруженностью медицины, тенденцией к дальнейшей дифференциации и специализации медицинских наук, чреватых опасностью «потери больного» при чрезмерной концентрации внимания врача на пораженных органах и системах. Клиническая практика требует научной разработки проблемы взаимоотношений врача и больного с позиций современной медицинской и социальной психологии.

Вопросы контакта между врачом и больным приобретают в психотерапии особое значение. Работами В. М. Бехтерева, И. П. Павлова дано клинико-психологическое и физиологическое обоснование одного из важнейших принципов советской психотерапии — активной позиции врача и больного в процессе их взаимодействия в ходе лечения. Содержание этого принципа ярко раскрывает в своей книге «Опыт практической психотерапии» (1959) один из виднейших советских психотерапевтов С. И. Консторум:

1) врач должен завоевать полное доверие больного, получить в его глазах наивысшую оценку во всех отношениях; 2) убедить больного в том, что между врачом и больным нет никакой принципиальной разницы; 3) «безжалостно» требовать от больного активного сотрудничества.

В работах советских психотерапевтов затрагивается ряд актуальных вопросов, касающихся взаимоотношений врача и больного в процессе психотерапии: проблема этической ответственности врача, передающего больному в ходе психотерапии систему своих взглядов на жизнь, роль его как воспитателя и авторитетного лица в вопросах морального плана; формы социально-ролевого поведения врача, выступающего в качестве учителя, руководителя, друга; степень директивности врача, зависимость ее от этапов психотерапии; вопрос о необходимости соблюдения «психологической дистанции» между врачом и больным в процессе психотерапии и др.

Иными путями развиваются взаимоотношения врача и больного в процессе психотерапии в странах Западной Европы и Америки. На характер и содержание этих взаимоотношений большое влияние оказали распространенные концепции фрейдизма, экзистенциализма и бихевиоризма.

В дофрейдовский период взаимоотношения врача и больного специально изучали P. Dubois (1911) и J. Dejerine (1912). В «рациональной психотерапии» первого из авторов внимание к этой проблеме было обусловлено уже тем, что сам процесс психотерапии практически отождествляется с обучением. Если для P. Dubois эффективность психотерапии определялась системой логических воздействий на больного, то J. Dejerine, акцентируя внимание в своей системе на эмоциальной сфере больного, в большей мере подчеркивал значение фактора доверия больного к врачу в их контакте.

Будучи в принципе верными, хотя и односторонними, идеи указанных психотерапевтов уступили свое место более активному психоаналитическому направлению в психотерапии, с первых же своих шагов подчеркнувшему терапевтическую ценность непосредственного общения врача с больным в качестве основного средства глубокого проникновения в психику больного человека.

В плане взаимоотношений между врачом и больным в психоанализе Фрейда существенное значение приобрели два понятия: сопротивление и перенесение. Смысл

первого — бессознательное препятствие больного всяким попыткам восстановления в его сознании вытесненного комплекса, второго — возрождение в процессе психотерапии инфантильных чувств любви или ненависти, когда-то проявленных по отношению к родителям и перенесенных на врача, причем пол, возраст и поведение последнего не играют при этом никакой роли. Согласно утверждению S. Freud, «перенесение» — это путь к трансформации невроза, с которым больной обратился к врачу, на другую, облегченную его форму, в виде «инфантильного невроза», процесс переработки которого приводит больного к выздоровлению.

Не останавливаясь подробно на критике этих важнейших положений психоанализа, хотелось бы только привести высказывание крупнейшего советского психотерапевта В. Н. Мясищева (1973): «Процесс психотерапии для своей успешности требует формирования соответствующего отношения к нему больного. Оно выражается прежде всего привязанностью и уважением к врачу. Психоаналитические легенды о переносе и сопротивлении нами решительно отвергаются. Что и на кого больной переносит: свою озлобленность, недоверие или боязнь? Больной, естественно, стыдится обнажать тело перед врачом... он, как и всякий здоровый, не склонен посвящать постороннего в свои интимные дела; морально обнажаться перед врачом еще труднее, чем физически».

Отказ многих представителей психоанализа от его догматов, признание под влиянием реальной практики роли социального фактора в генезе психогенных заболеваний человека способствовали росту внимания в неофрейдизме к социальному аспекту проблемы взаимоотношений врача и больного.

Показательным в этом отношении является рассмотрение указанных взаимоотношений в концепциях двух известных представителей неофрейдизма — H. S. Sullivan (1953) и K. Horney (1966). H. S. Sullivan исходит из необходимости постоянного анализа врачом своего отношения к больному в процессе психотерапии и своих представлений об отношении к нему больного; взаимоотношения между врачом и больным выступают у него как отношения в рамках партнерства. В то же время по существу он не выходит за рамки фрейдовской концепции «перенесения», так как существенным моментом в содержании отношения больного к врачу, по H. S. Sullivan, являются «замена» врача воображаемым лицом и при-

своение врачу качеств этого лица, связанного с прошлой историей жизни больного. Материал этого своеобразного «перенесения» и становится предметом анализа в процессе психотерапии, преследующей цель устранить это искажение в интерперсональных отношениях врача и его пациента.

Подобное же влияние концепции фрейдовского «перенесения» на рассмотрение проблемы взаимоотношений врача и больного видно у K. Horney, хотя она и отказалась от понимания «перенесения» как проявления эдипова комплекса. Для автора ведущим во взаимоотношениях врача и больного является активизация подавленных импульсов и защитных механизмов. Враждебность к врачу — это прежде всего тенденция к «укреплению» этих самых защитных механизмов. Опасность вскрытия этой враждебности, осуждения со стороны врача выступает в виде чрезвычайно значимой для больного жизненной угрозы, так как психотерапия является для него одним из важных путей реализации своего стремления к совершенству.

Важное место в психоанализе наряду с понятием «перенесение» занимает феномен «идентификации» [Freud S., 1912; Ferenczi S., 1925, и др.]. Врач становится в процессе психотерапии объектом, с которым больной стремится себя отождествить, идентифицировать. Не касаясь позиций отдельных авторов, необходимо подчеркнуть, что больной в условиях психотерапии действительно может рассматривать своего лечащего врача как определенный идеал для себя, образец для подражания, может стремиться к реализации в своей жизни отдельных взглядов, позиций врача, однако нельзя согласиться с пониманием этого процесса психоаналитиками в виде «интроекции», т. е. механистического вложения чужих черт в личность.

Положение о «перенесении» в последний период было дополнено в психоанализе понятием «контрперенесения», в основе которого в отличие от первого лежит «перенесение» врачом своих чувств на больного. Это привело по существу к отказу от позиции безучастности врача, его нейтралитета в психотерапии, к требованию постоянного контроля врачом своих чувств, своего эмоционального отношения к больному. И в данном случае правильное положение о необходимости при осуществлении такой специфической формы лечения, как психотерапия, определенного анализа и контроля врачом своего отношения

к пациенту вступает в противоречие с попытками психоаналитиков видеть основным в содержании эмоциональных реакций врача «активизацию чувств его раннего детского опыта».

Психоаналитические догматы, касающиеся различных сторон проблемы взаимоотношений врача и больного в психотерапии, все чаще подвергаются критике со стороны самих же адептов этой концепции. Совершенно правильно подвергается сомнению требование к больному откровенно высказывать все свои мысли и чувства, что может его унижать и мало соответствует недирективности психоанализа; сопротивление больного рассматривается часто не как страх проникновения в бессознательное, а как затруднения, возникающие при коррекции неадаптивного поведения; подчеркивается необходимость более активной позиции врача, отказа от обвинения больного в пассивности и перекладывания на него всех трудностей, возникающих в ходе психотерапии; активность позиции врача, в частности, должна заключаться в даче больному при необходимости рекомендаций для решения тех или иных возникающих перед ним проблем. Ряд психотерапевтов психоаналитического направления требуют также пересмотра запрета на использование психотропных средств при психоанализе, полагая, что в части случаев психотерапия без фармакотерапии становится слишком мучительной для больного.

В центре экзистенциальной психотерапии [Jaspers K., 1923; Frankl V. E., 1956, 1987], противопоставляющей себя психоанализу, находятся «экзистенциальная коммуникация» между врачом и пациентом, «взаимопроникновение» сознания одного и другого на основе интуитивного вйдения в процессе их непосредственного контакта. Психотерапевт должен прояснить «экзистенциальную отчужденность» больного, вернуть доверие больного к иррациональной сфере «духовного» как высшему уровню личности, противопоставленному интеллекту; врач не должен стремиться навязать больному свою собственную позицию.

Среди психотерапевтических систем, находящихся вне психоанализа, выделяется «центрированная на клиенте» психотерапия по C. R. Rogers (1951). Это недирективная по своему характеру психотерапия, в которой врач лишь создает доброжелательную обстановку, больной же сам формулирует свои проблемы и ищет выход из ситуации. Существенным звеном в психотерапии этого типа являет-

ся развитие потребности больного в независимости. Врачебные интерпретации исключаются. Концепция C. R. Rogers, подчеркивающая полную ответственность человека за свое собственное благополучие, вполне соответствует социальным нормам современного западного общества с лежащим в их основе духом индивидуализма.

Особое место в зарубежной психотерапии занимает поведенческая психотерапия. Сторонники этой психотерапии игнорируют «интрапсихическую динамику», внутренний мир больного и основное внимание сосредотачивают на обучении его новым, более адекватным формам поведения. В этом случае врач занимает активную позицию — позицию одобрения или неодобрения поведения больного, однако факторам общения, индивидуальным его особенностям отводится относительно малая роль. В большей мере это относится к психотерапевтам «узкого профиля». Те из них, которые причисляют себя к психотерапевтам «широкого профиля», придают большее значение тесному контакту между врачом и больным.

В ряде исследований взаимоотношений врача и больного, в том числе экспериментальных, зарубежные авторы рассматривают различные аспекты этой проблемы: формы врачебного ролевого поведения — психотерапевт выступает как особый тип учителя, эксперт, советник, друг, отмечается значение эмпатического (сопереживающего) отношения психотерапевта к больному, роль укрепления врачом положительных ожиданий больного для оптимизации психотерапии [Rogers C. R., 1951; Frank J. D., 1971; Aleksandrowicz J., 1972, и др.].

В отечественной литературе мы не встретили исследований взаимоотношений врача и больного при неврозах экспериментального характера, хотя на необходимость разработки концепции контакта между врачом и больным указывают многие авторы.

В. А. Ташлыков (1974, 1984) в нашей клинике изучал взаимоотношения врача и больного в процессе психотерапии неврозов с позиций патогенетической концепции и лежащей в ее основе «психологии отношений». С помощью специально разработанной экспериментально-психологической методики обследованы 131 больной, а также 11 лечащих врачей-психотерапевтов отделения неврозов. На первом этапе изучали содержание и структуру образа врача, его генетический аспект, ролевую оценку и взаимосвязь с лечебными ожиданиями. На основании представ-

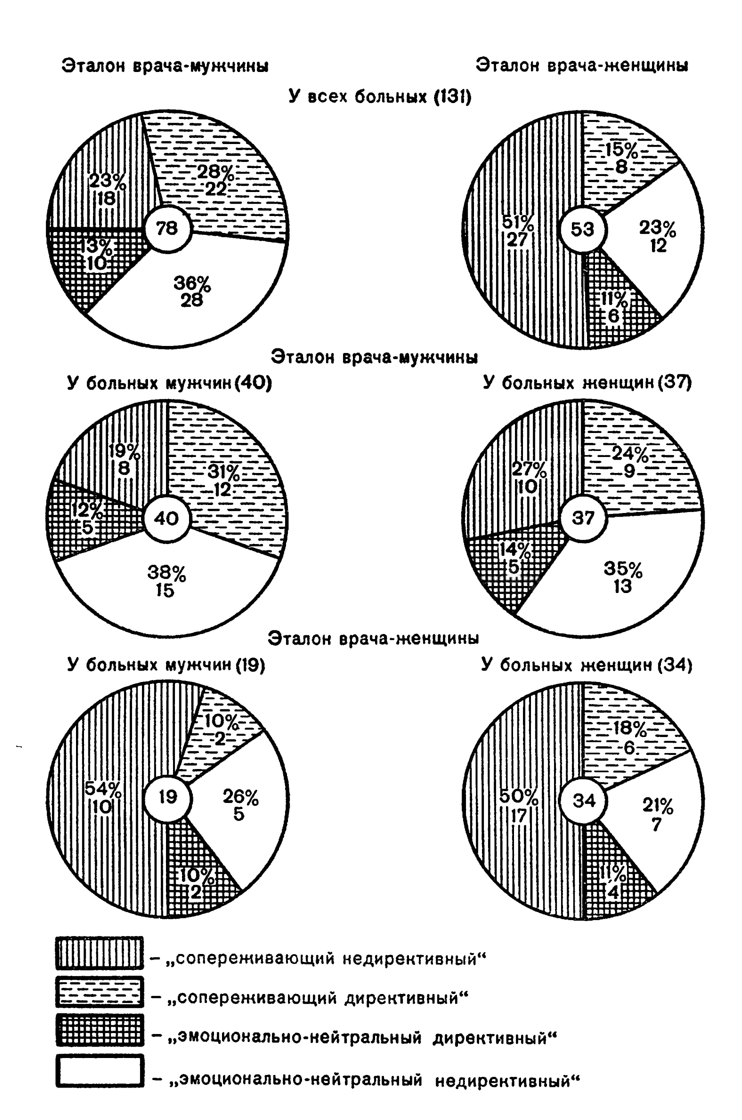


Рис. 17. Распределение основных типов эмоционального реагирования в эталоне врача.

лений больных об образе «идеального» врача по степени выраженности черт сопереживания выделены два образа врача — «сопереживающий» (при доминировании характеристик, отражающих эмпатическое отношение врача к больному) и «эмоционально-нейтральный» (при умеренной выраженности данной характеристики). Учет преимущественно волевых характеристик позволил выделить два дополнительных образа врача: «директивный» (при чрезмерно активной позиции врача и пассивности больного) и «недирективный» (при достаточно активной позиции в лечении и врача, и больного) (рис. 17). «Сопереживающего» врача предпочитают больные истерией, по-видимому, в связи с повышенной потребностью в понимании и признании их окружающими вследствие свойственного им эгоцентризма. «Сопереживающего» и одновременно «директивного» врача чаще предпочитают больные неврозом навязчивых состояний, что соответствует потребности этих больных в управлении ими и отражает надежду избавиться от нерешительности с помощью доброжелательной и сильной личности врача. «Эмоционально-нейтральный» врач больше импонирует больным неврастений, возможно, вследствие повышенной потребности их в приобретении прежде всего такого личностного качества, как самообладание.

Рассмотрение данных о значении пола и возраста в характеристиках «идеальных» врачей показало, что эти признаки для большинства больных являются второстепенными по сравнению с представлениями о личности врача. Отмечалась лишь некоторая тенденция к выбору врача своего пола и более старшего по возрасту. Выбор врача своего пола многими больными рассматривался как фактор, облегчающий общение. Общий для всех больных образ врача включал в себя следующие 10 черт (с наибольшими частотами выбора в процентах к общему числу больных): ум — 78, увлеченность работой — 57, внимательность — 56, чувство долга — 48, терпеливость — 47, чуткость — 47, интуиция — 41, серьезность — 40, доброта — 38, чувство юмора — 38.

При исследовании генеза образа врача было установлено, что у большинства больных в нем обобщается личный опыт взаимодействия с рядом авторитетных лиц в различные периоды жизни, при этом образ учителя наиболее близок «идеальному» врачу. С учетом характеристик реальных лиц ближайшего окружения многие больные сближают образ «идеального» врача прежде

всего с лечащим врачом, матерью и любимым учителем. Сравнение больных истерией и неврастенией показало, что первые чаще отмечают сходство с «идеальным» врачом лиц из раннего периода жизни (мать, любимый учитель), а вторые — более позднего (руководитель на производстве, коллега). Это может быть связано с часто встречающимся у больных истерией психическим инфантилизмом, с фиксацией их на прошлом жизненном опыте по сравнению с относительно большей социальной зрелостью больных неврастенией.

Анализ ожидания больных в отношении предстоящего лечения выявил ряд преимущественных установок, каждая из которых преобладает в той или иной группе больных с соответствующим ей образом врача (ожидание информации о своей болезни — у больных с «эмоционально-нейтральным», установка на сочувствие и поддержку — «сопереживающим» и ожидание магического устранения болезни — у больных с «директивным» образом врача). Знание и учет врачом лечебных ожиданий, отражающих мотивацию больных в отношении лечения, способствует выбору оптимальной психотерапевтической тактики (при индивидуализации лечебных методов, повышении его доверия и активности).

В. А. Ташлыковым было исследовано также влияние особенностей восприятия врачом и больным друг друга на формирование психотерапевтического контакта. Выделены 3 основные формы эмоционально-ролевого взаимодействия (психотерапевтического контакта) между ними: руководство, партнерство и руководство-партнерство.

При психотерапевтическом руководстве врач занимает ведущую активную позицию, а больной остается сравнительно малоактивным. Нередко при этом врач наделяется «магическими» качествами, и больные особенно восприимчивы к его суггестивным влияниям. Руководство с «эмоционально-нейтральным» отношением обычно встречается при решении врачом задач симптоматической психотерапии, при слабости лечебной мотивации больного, пассивной установке и невысоком его интеллектуальном уровне. Недостатком его является низкая психотерапевтическая активность больного. Психотерапевтическое руководство с «сопереживающим» отношением наблюдается у больных с достаточно высоким интеллектуальным уровнем, но обычно социально незрелых, нередко с психическим инфантилизмом. При этой форме контакта врач решает задачи личностно-ориентированной (реконструк-

тивной) психотерапии. Преимущества этой формы заключаются в лучшем усвоении больными позиций врача, что позволяет выработать у больных более адекватные установки и формы поведения. В качестве недостатков отмечаются малая активность и ответственность больного, а также нередко зависимость его от врача при завершении лечения. Для формы психотерапевтического партнерства характерно стремление врача к развитию активности и ответственности больного за исход терапии. При данной форме взаимодействия врач ставит задачи личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии, а больные нередко имеют достаточную лечебную мотивацию и готовность к сотрудничеству. Преимущества этой формы — в наличии более глубокого контакта, а также активности больного при завершении лечения. Форма взаимодействия врача и больного в виде психотерапевтического руководства-партнерства характеризуется тем, что в процессе психотерапии характер взаимодействий изменяется от руководства к партнерству вследствие того, что больной становится активным участником психотерапевтического процесса. Эта форма контакта встречается обычно у больных с неопределенной лечебной мотивацией, с недостаточной готовностью к активной роли в лечении. Преимущество ее состоит в последовательном развитии психотерапевтической активности больного.

Каждая из форм контакта имеет свои преимущества в зависимости от психотерапевтических целей, особенностей лечебной мотивации и активности больного.

В зависимости от степени соответствия (конгруэнтности) эмоционально-ролевого поведения врача и больного, а также взаимной оценки ими этого поведения были выделены 3 варианта: конгруэнтный, неустойчиво-конгруэнтный и неконгруэнтный. Конгруэнтность контакта определялась степенью совместимости врача и больного, находилась в прямой зависимости от отношения больного к особенностям эмоционально-ролевого поведения врача, от понимания лечащим врачом установки больного в отношении врача и учета им этого в ходе психотерапии.

Специальному экспериментальному исследованию подвергнуты основные показатели, характеризующие оптимальность складывающихся в процессе психотерапии взаимоотношений между врачом и больным. Первым показателем оптимальности контакта явилась степень принятия больным формы эмоционально-ролевого взаи-

модействия с учетом имевшегося у него образа врача. Высокая степень контакта наблюдалась чаще при партнерстве с «сопереживающим» отношением, чем при руководстве с «эмоционально-нейтральным» отношением. Низкая степень контакта у больных истерией встречалась чаще, чем у больных неврастенией. Последнее обстоятельство обусловлено тем, что для большинства больных истерией характерна установка на «сопереживающего» врача, а «эмоционально-нейтральный» врач (наиболее частое поведение психотерапевта) вызывал у этих больных, как правило, отрицательную реакцию. Второй показатель оптимальности психотерапевтического контакта — степень принятия больным психотерапевтических задач врача, которые нередко не совпадали с лечебными ожиданиями больного, с его лечебной мотивацией. Незнание и игнорирование лечащим врачом определенных и устойчивых лечебных установок больного всегда сопровождались напряженностью в контакте и отсутствием эффективного сотрудничества. В ряде случаев напряженность преодолевалась частичным принятием врачом в начальной фазе лечения ожиданий больного с последующей переориентацией его в соответствии с психотерапевтическими задачами. Высоким этот показатель чаще бывает при контакте в форме руководства-партнерства и партнерства с «сопереживающим» отношением.

Выраженная степень принятия больным задач врача наиболее характерна для больных неврозом навязчивых состояний; возможно, это объясняется тем, что они особенно остро чувствуют «странность» своего заболевания и охотно воспринимают психологические задачи психотерапии. Низкая степень этого показателя обычно наблюдается у больных неврозами с ипохондрическим синдромом. Степень психотерапевтической активности больного в лечебном процессе — третий показатель оптимальности контакта — варьировала от сопротивления (резистентности к психотерапии) до активного сотрудничества. Сопротивление обычно проявлялось в недовольстве со стороны больного врачом, неудовлетворенности лечением, негативных реакциях на те или иные требования врача и т. д. Среди причин появления сопротивления наиболее частыми были несовместимость установок больного и психотерапевтического стиля поведения врача, явное игнорирование врачом устойчивых лечебных ожиданий больного, преждевременное разъяснение причин невроза, поспешные требования

откровенности или активности от больного, скрытая отрицательная эмоциональная реакция врача в отношении больного и т. д. Преодоление сопротивления, возникавшего, например, при конфронтации, т. е. при обсуждении неправильных позиций больного, приводило к значительному углублению контакта и повышению психотерапевтической активности больного.

Высокая степень оптимальности контакта встречалась наиболее часто при партнерстве с «сопереживающим» отношением и руководстве-партнерстве также с «сопереживающим» отношением, а низкая степень — при руководстве с «эмоционально-нейтральным» отношением. Психотерапевтическая активность больного была более выраженной при контакте в форме партнерства, чем руководства. При психотерапевтическом контакте в форме руководства речевая активность врача в беседах с больным обычно доминировала, а при партнерстве врач строил беседу таким образом, чтобы больной говорил больше, чем он сам.

Высокая и средняя степень контакта чаще определялась у больных неврастенией и неврозом навязчивых состояний, низкая — у больных истерией.

При сопоставлении показателей эффективности психотерапии и форм психотерапевтического контакта низкая степень эффективности психотерапии чаще отмечалась при контакте в форме руководства с «эмоционально-нейтральным» отношением. Эта форма контакта, отражающая наибольшую эмоциональную дистанцию между врачом и больным, была самой непродуктивной в плане лечебного сотрудничества. Наиболее эффективной формой контакта наряду с партнерством с «сопереживающим» отношением явилось руководство-партнерство с «сопереживающим» отношением. Низкой степени контакта во всех случаях соответствовала низкая степень эффективности психотерапии.

Приведенные результаты исследований В. А. Ташлыкова, основанные на тщательном анализе клинических и экспериментальных материалов, представляют несомненную ценность для врача-психотерапевта. Знание и учет лечащим врачом установок больного в отношении врача и лечения могут содействовать обоснованному и оптимальному выбору психотерапевтического стиля поведения с больными неврозами. Управление врачом процессом повышения совместимости во взаимоотношениях с больным приводит к развитию конгруэнтного

психотерапевтического контакта, являющегося основой эффективности психотерапии.

МЕТОДЫ ПСИХОТЕРАПИИ

Личностно-ориентированная (реконструктивная) психотерапия

В качестве основной системы каузальной, т. е. причинной, психотерапии неврозов в нашей стране используется личностно-ориентированная (реконструктивная) психотерапия.

Многообразие целей и задач, которые ставит перед собой психотерапевт при проведении психотерапии, обусловливает чрезвычайную многогранность и сложность психотерапевтического процесса, основой которого является взаимодействие личности врача и личности больного.

Как уже говорилось выше, больному неврозом в полной мере неясны внутренние психологические механизмы и источники возникновения заболевания, поэтому основные усилия психотерапевта направлены на выяснение генеза невротического состояния, его истории, в частности генеза невротического конфликта. Как указывал И. П. Павлов, врачу «надлежит отыскать вместе с больным или помимо него, даже при его сопротивлении, среди хаоса жизненных отношений те разом или медленно действовавшие условия и обстоятельства, с которыми может быть с правом связано происхождение болезненного отклонения, происхождение невроза[1]».

Поведение больного в невротическом состоянии, его действия и поступки, детерминированные событиями настоящего или прошлого, могут стать понятными психотерапевту только при тщательном и последовательном изучении истории жизни больного. Однако одного понимания врачом психогенеза невроза, естественно, недостаточно для успеха психотерапии. Оно выступает только как необходимое условие для осознания механизмов развития болезни самим больным. Это требует максимально активного участия пациента, что возможно лишь при хорошем психотерапевтическом контакте между ним и врачом.

Следует отметить, что достижение осознания больным психологических механизмов болезни отнюдь не является

---

[1] *Павлов И. П.* Полн. собр. соч., 1951, т. III, кн. 2, с. 148.

чисто рациональным, познавательным процессом: в него обязательно должны быть включены достаточно значимые эмоциональные переживания, которые и делают возможной необходимую перестройку личности на основе положительных внутренних ресурсов. Возникновение этих переживаний обеспечивается существованием психотерапевтического контакта, в основе которого лежат абсолютное доверие не только к профессиональным, но и личностным качествам психотерапевта, вера в его искреннюю заинтересованность, его готовность и способность понять интимные переживания больного и оказать ему помощь. Наряду с этим позиция и поведение психотерапевта не должны быть излишне директивными: психотерапевт должен избегать давать категорические указания, рекомендации, советы относительно реальных жизненных проблем своего пациента, так как такое поведение лишь подкрепляет имеющуюся у большинства больных неврозом тенденцию ухода от принятия решений и вместо желаемого результата (повышения самостоятельности и активности личности) ставит больного в зависимость от психотерапевта.

Только при активном участии самого больного в процессе психотерапии им объективно оцениваются прошлые поступки и осознаются неправильные жизненные позиции. Критическое отношение больного к своей жизни, к себе, к своим поступкам в прошлом и настоящем помогает ему уже разумно, а не аффективно осознать и разрешить сложившийся у него психологический невротический конфликт и найти рациональный выход из него.

На завершающих этапах личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии в восстановлении нарушенной системы отношений больного возрастает активная роль врача, вооруженного результатами анализа жизненной истории больного. О таком характере психотерапии, граничащем с перевоспитанием, писали В. М. Бехтерев (1911), П. Б. Ганнушкин (1927), К. И. Платонов (1956) и др.

Перечисленные выше цели личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии отнюдь не соответствуют фазам психотерапевтического процесса, и их выделение является в значительной степени условным. Зачастую начинающие психотерапевты не отдают себе в этом отчета и после сбора анамнеза («изучения личности») пытаются директивным образом перейти к пере-

стройке системы отношений», что, естественно, оказывается неэффективным либо дает лишь кратковременный эффект, создающий иллюзию излечения. Реально же достижение всех этих целей начинает осуществляться с самого начала психотерапевтического процесса и может происходить более или менее синхронно. Основным инструментом психотерапевта в этом методе является интерпретация связей между состоянием больного, его жизненной ситуацией и особенностями его системы отношений и мотиваций. Интерпретация эта может осуществляться прямым образом, однако гораздо чаще — косвенно в виде вопросов, замечаний и т. д.

Одна из основных задач психотерапевта состоит в том, чтобы возможно более полно отдавать себе отчет в изменениях, происходящих в значимых личностных структурах больного (его самооценке, системе его социального восприятия и т. д.), с тем чтобы его интерпретации не были ни слишком преждевременными (когда больной еще не готов к их принятию), ни запоздавшими и вследствие этого в значительной степени потерявшими свою психотерапевтическую эффективность.

При овладении любой системой психотерапии необходимо не только знакомство с общими ее принципами по литературе, но и непосредственное наблюдение и участие в процессе психотерапии.

Существенную помощь в понимании и овладении техникой психотерапии, в частности личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапией, оказывают конкретные истории болезни.

Больная Т., 38 лет, наблюдалась в отделении неврозов и психотерапии по поводу истерии с фобическим синдромом.

При поступлении жаловалась на навязчивый страх совершения агрессивного действия по отношению к своей дочери, из-за чего боялась острых предметов, веревок. Кроме того, беспокоили тревога, неустойчивость настроения, плохой сон, значительное снижение работоспособности.

Родилась в Средней Азии первым ребенком из двух детей. Во время беременности мать пережила сложную психотравмирующую ситуацию, однако роды протекали без особенностей. Развивалась нормально. Росла мечтательной, тихой, послушной, малообщительной. Считалась слабенькой, но болела редко. В школу пошла с 7 лет, с трудом привыкла к новой обстановке и детям, боялась их насмешок по поводу своей внешности, потому что считала себя некрасивой. Училась хорошо, мечтала стать учительницей. Была очень привязана к матери, которая нежно любила дочь, постоянно опекала ее, утешала. В подростковом периоде больная тяжело переживала свою непривлекательную внешность, стала еще более застенчивой, редко посещала школьные вечера, хотя они ей очень нравились. В эти годы много

читала, фантазировала, представляла свою жизнь в мечтах совсем иной — красивой и значительной.

После окончания 7 классов поступила в педагогическое училище, где занималась с большим усердием и удовольствием; очень нравилось работать с детьми, потому что в общении с ними чувствовала себя нужной, «обожаемой» — это вселяло радость и уверенность. В возрасте 18 лет подверглась изнасилованию с элементами садизма (били, кололи). Хотела покончить жизнь самоубийством, длительное время было реактивное депрессивное состояние, выйти из которого помогла мать. К врачам за помощью не обращалась. Закончив училище, начала преподавать в начальной школе и поступила на заочное отделение педагогического института. О собственной семье и любви старалась не думать, считая это невозможным для себя. «В эти годы научилась уходить от неприятностей, не пыталась ни в чем разбираться». В институте полюбила сокурсника, однако отношения их быстро прервались, что больная тяжело переживала.

В 30 лет вышла замуж не по любви, а для того чтобы забыться и не остаться одинокой на всю жизнь. С первых же дней семейная жизнь складывалась неудачно, поскольку больная оказалась неготовой к ней: ничего не умела делать по хозяйству, и это унижало и угнетало ее. Муж больной, шофер по профессии, имел жесткий нрав, «был требовательным, неласковым, малообразованным; своим грубым обращением и насмешками глубоко ранил самолюбие». Больная мучительно это переживала, замкнулась в себе, часто думала о разводе, но не могла решиться. Когда рассказала обо всем матери, та взяла на себя все заботы по хозяйству, сумела нейтрализовать некоторые выходки мужа.

После рождения дочери мысли о разводе с мужем отошли на задний план: кроме ухода за ребенком, приходилось много заниматься, так как заканчивала институт. Мужа раздражали постоянная занятость жены, ее пристрастие к учебе, которого он не разделял, ее неумение красиво одеваться, следить за своей внешностью. Следуя советам матери, больная пыталась внешне не реагировать на его издевки, но глубоко переживала происходящее в семье. Пыталась, как и прежде, найти забвение в работе в школе. Так как для ухода за дочерью оставалось мало времени, заботу о ребенке взяли на себя ее мать и муж. Через 3 года мать больной умерла. После смерти матери больная переживала состояние полной растерянности и беспомощности перед жизнью. Оказалось, что нестойкое семейное благополучие держалось на плечах матери. Не знала, как жить дальше. Но муж, вопреки ее ожиданиям, бо́льшую часть хлопот по уходу за дочерью взял на себя, стал нежным отцом, но отношения к жене не изменил, и по контрасту больная еще тяжелее переносила его насмешки, тем более что не стало человека, который ее любил и утешал. В занятиях с детьми в школе по-прежнему находила признание и утешение, считалась лучшим педагогом.

Отношения с мужем становились напряженнее, при любой возможности избегала близости с ним, оставалась фригидной, но не пыталась понять, что происходит в семье. В ссорах отмалчивалась, старалась побыстрее на что-нибудь переключиться, хотя постоянно дома испытывала напряжение и обиду. Вскоре заболела гриппом с высокой температурой с последующей астенизацией, стала раздражительной, плаксивой, еще более обидчивой. В это время услышала о совершенном в городе преступлении сексуального характера. Не смогла дослушать до конца, «появилось какое-то тягостное чувство, а затем ужас». Дома возникла мысль, что подобное может угрожать и ее дочери. Увидев «синенькие жилки на шее дочери», подумала: «А вдруг и я смогу?!».

Больную охватил ужас и страх, она выбежала из дома, а на следующий день пришла к врачу.

Некоторое время лечилась амбулаторно под наблюдением психиатра, принимала транквилизаторы. Врач проводил с больной успокаивающие беседы. Острота страхов немного уменьшилась, однако с дочерью одна в квартире не оставалась, избегала заходить в комнату, где лежали колющие и режущие предметы. Муж это болезнью не считал, раздражался, требовал «не обращать внимания на глупости» и «выдумки», что еще больше угнетало больную. В школе страх не беспокоил, но дома готовиться к занятиям не могла, поэтому в школе нервничала из-за того, что была неподготовленной. Выхода из создавшегося положения не видела и попросила врача госпитализировать ее. Около 6 мес находилась на лечении в психиатрической больнице. В медицинских сведениях отмечались эмоциональная неустойчивость, демонстративность, стремление обвинить мужа в своей болезни, выраженная фиксация на страхах (избегала работать иглой и ножницами, боялась поясов, полотенец), иногда на высоте страха металась, просила успокоительного, искала поддержки и сочувствия у больных и персоиала.

К моменту выписки из больницы страхи значительно уменьшились, однако предъявляла жалобы на «ком в горле», «внутренний озноб», общую слабость. Была фиксирована на грубом отношении к ней мужа, боялась возвращаться домой. В больнице постоянно ждала свиданий с мужем и дочерью, болезненно реагировала, если не навещали. После выписки из стационара работать в школе не смогла. Дома очень скоро страхи «оживились», боялась оставаться с дочерью, «хотя четко знала, что ничего не сделаю». Муж и теперь своего отношения к больной не изменил и, получив от врачей рекомендацию «не обращать внимания» на болезненные проявления жены, жестко пресекал всяческие просьбы о лечении. В отсутствие мужа больная просила соседку побыть у нее или оставляла у нее дочь. Тяжело переживала свою беспомощность.

По ходатайству школы и мужа была направлена в наше отделение. При поступлении: пониженного питания, со стороны сердца, легких и органов брюшной полости патологии не выявлено. АД 110/70—95/60 мм рт. ст. Менструации нерегулярные. Неврологический статус: асимметрия носогубных складок, красный разлитой стойкий дермографизм, гипергидроз ладоней и стоп. На рентгенограммах черепа — незначительно выраженные пальцевые вдавления в затылочной области. Турецкое седло в пределах нормы. На ЭЭГ патологии не выявлено. Анализы крови и мочи без изменений. Психический статус: ориентирована правильно, обманов восприятия и бредовых переживаний не выявлено. Интеллектуально-мнестические функции сохранены. Фиксирует внимание врача на своих «необычных» переживаниях. Рассказывает о них со страдальческим выражением лица, плачет, заламывает руки. Несколько напряжена. Настроение снижено адекватно переживаниям. Ждет помощи и сочувствия. Критика к болезни полная. К медикаментам отношение настороженное, так как «они мало помогают, а слабость усиливают». Обеспокоена болезнью дочери и тем, что она не может ухаживать за ней. С нетерпением ждет приезда мужа, но каждый раз после беседы с ним плачет, обвиняет его в бессердечности и жестокости.

По мере установления психотерапевтического контакта с врачом больная становилась мягче, откровеннее, доверчивее. Через неделю охотно принимала лекарства (амитриптилин от 25 до 50 мг в сутки, элениум 20 мг в сутки, общеукрепляющие средства). В дальнейшем

более подробно рассказывала о себе. Говорила всегда эмоционально, часто плакала, волновалась, но после бесед с удивлением отмечала облегчение. Выяснилось, что больная никогда не задумывалась о том, какую роль в становлении ее характера сыграла мать, не замечала, что мать по существу, разрешала за дочь все проблемы. Отношение мужа к себе оценивала как однозначно отрицательное. Была очень удивлена, когда узнала, что муж иногда испытывал напряжение и неуверенность в отношениях с ней: боялся ее молчаливого осуждения и презрения к себе, поскольку жена образованнее его, и пытался компенсировать это неуместными выходками и грубостью На самом деле очень заботливо относился к жене и дочери, почти самостоятельно вел хозяйство после смерти тещи, щадя здоровье жены, давая ей возможность закончить институт. Кроме того, он был постоянно ущемлен ее подчеркнутой сексуальной холодностью, но никогда ей этого не говорил. Беседуя отдельно с супругами, врач стремился к тому, чтобы каждый из них понял позицию и мотивацию поступков другого. Поскольку длительное время реакция супругов по отношению друг к другу была выраженно негативной и болезненной, основной упор в беседах с больной делался на ее успехи в работе, привязанность к детям. Кроме того, велись переговоры с коллегами по школе с тем, чтобы активизировать и стимулировать больную. После посещения коллег и обсуждения с врачом планов возвращения на преподавательскую работу заметно оживлялась, улучшалось настроение и уменьшалась фиксация на мыслях о нанесении вреда дочери. Бывали дни, когда чувствовала себя совсем здоровой. После посещений мужа состояние каждый раз ухудшалось, так как ждала от него моментальной перестройки отношения к себе, хотя сама с большим трудом меняла стереотип поведения, оставаясь по отношению к мужу пассивно-требовательной

С учетом данных психологического обследования, подтверждающих неправильные установки и оценки больной с нею велась постоянная кропотливая работа для того, чтобы она поняла суть невротического конфликта и свою роль в его возникновении. В результате длительной психотерапевтической работы больная стала связывать появление болезненной симптоматики со своим сложным, неоднозначным, а иногда противоречивым отношением к мужу и дочери, решила сохранить семью, поняла свои ошибки. Перед выпиской трижды побывала в «домашнем» отпуске, где чувствовала себя напряженнее, чем в отделении, но смогла оставаться вдвоем с дочерью. Сразу после выписки пошла работать в свою школу библиотекарем, через 5 мес вернулась к преподавательской деятельности. В течение года периодически принимала амитриптилин по 25 мг в сутки. Пятилетний катамнез показал, что взаимоотношения с мужем и дочерью наладились, снова стала лучшим преподавателем в школе. Симптоматика ни разу не возобновилась.

Приведенное наблюдение иллюстрирует сущность личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии, в которой в диалектическом единстве выступает и процесс познания причин невротического состояния, и процесс его преодоления. Успешность последнего во многом определяется активностью не только врача-психотерапевта, но и самой больной, направленной на осознание невротического конфликта и его причин. При этом, как показывает практика психотерапии, выявление этих причин требует знания истории формирования личности на всех ее

этапах от раннего детства до периода, непосредственно предшествовавшего началу заболевания, всей системы факторов, обусловливающих развитие личности, всех структур социального окружения.

Важно еще раз подчеркнуть, что роль врача не ограничивается задачей максимально способствовать осознанию больным психогенеза заболевания. Успех психотерапии во многом определяется активной позицией врача, обеспечивающей изменение системы отношений больного в целом, изменение в широком плане его жизненных установок, которые привели и в будущем могут приводить к развитию невроза, что существенно также для профилактики рецидивов заболевания.

Групповая личностно-ориентированная (реконструктивная) психотерапия. Из патогенетического учения вытекает важное следствие, согласно которому внутренняя конфликтность больного неврозом и его неразрешенная эмоциональная проблематика находят свое выражение и в нарушении отношений с ближайшим социальным окружением: вследствие искажений в области социального восприятия (возникших в результате конфликтности самооценки) больной неврозом неверно истолковывает мотивацию партнеров по общению, недостаточно адекватно реагирует на возникающие межличностные ситуации, все его внимание сосредоточивается не на разрешении реальных проблем, а на сохранении представления о значимости своего «Я» как в собственных глазах, так и в глазах окружающих. Понимание этого межличностного аспекта невротических нарушений позволило использовать указанный метод психотерапии не только в индивидуальной, но и в групповой форме.

Не касаясь всех работ, укажем лишь на те из них, в которых в большей или меньшей степени как в теоретическом, так и в практическом аспектах авторы стремились к достижению целей групповой психотерапии в патогенетической ее форме [Гройсман А. Л., 1970; Иванов Н. В., 1974; Либих С. С., 1974; Карвасарский Б. Д., 1975, 1985; Мурзенко В. А., 1975; Карвасарский Б. Д., и др., 1979; Исурина Г. Л., 1984; Кайдановская Е. В., 1987, и др.].

Основная предпосылка возможности личностно-ориентированной (реконструктивной) групповой психотерапии состоит в том, что в психотерапевтической группе (в данном случае условно рассматриваемой как модель естественных групп — производственной, семейной, дру-

жеской) участники ее ведут себя приближенно к реальной жизни: продуцируют конфликты, вступают с остальными участниками в отношения того же типа, пользуются привычными для них «приемами» с целью достижения желательных для них позиций и положения в коллективе и т. д. Осознание психологических механизмов болезни в условиях групповой психотерапии ускоряется и облегчается тем, что больной может наглядно увидеть причины своих конфликтов и, следовательно, искажения своего социального воприятия в живом эмоциональном общении, понять причины своего поведения не только «когда-то и там», как в случае индивидуальной психотерапии, но и «здесь и теперь».

Групповая психотерапия неврозов может происходить как в больших (25—30 человек), так и в малых группах (10—12 человек) закрытого (все участники группы одновременно начинают и заканчивают лечение) и открытого (по мере выписки одних больных на их место поступают другие) типов. Опыт показывает, что оптимальной является гомогенная группа (важность психогенного фактора в происхождении заболевания) и гетерогенная в прочих отношениях (форма невроза, синдром, пол, возраст). Практически вряд ли можно говорить о противопоказаниях для групповой психотерапии (исключая очень низкий интеллект). Однако существует ряд требований к подбору и комплектованию групп (например, не рекомендуется включение в одну группу более 2—3 больных с истерической или ананкастической акцентуациями характера; из больных моложе 18 и старше 50 лет более целесообразно создавать гомогенные в отношении возраста группы и т. д.). Частота групповых занятий может быть различной — от одного раза в неделю до ежедневных. Оптимальная длительность каждого занятия — 1—1,5 ч. В высшей степени желательно, чтобы групповые занятия происходили строго по расписанию, в одном и том же помещении и длились четко определенное время.

Для обеспечения эффективности процесса групповой психотерапии, как и индивидуальной, одной из основных задач психотерапевта является создание условий, обеспечивающих открытое и искреннее выражение членами группы своих эмоциональных реакций, отражающих конкретные проявления их невротических проблем и конфликтов. Поэтому задача первостепенной важности — создание в группе атмосферы безусловного доверия, ува-

жения к каждому из ее участников независимо от особенностей его личности и поведения, поскольку, по словам В. Н. Мясищева (1973), личность является не только реальностью, но и потенциалом, «причем потенциал всегда скрыт — латентен». Принятие этого принципа позволяет в психотерапевтической ситуации отделить отношение к больному — участнику группы — от оценки его поведения (которое может и должно измениться), отказаться от оценочных суждений и заменить их готовностью к пониманию, ориентироваться на будущее, на то, кем человек может стать независимо от того, каким он выглядит и как ведет себя сегодня. Создание атмосферы доброжелательности, понимания и готовности к помощи ведет к изменению самооценки, отношения к другим членам группы и восприятия их. Одновременно с этим начинает формироваться чувство принадлежности к группе, возникает понятие «мы», чувство сплоченности (для отдельных участников, может быть, впервые в жизни). Такая атмосфера позволяет члену группы не только открыто и искренне выражать свои чувства и переживания по отношению к другим участникам и событиям, происходящим в группе, но и конструктивно воспринимать и перерабатывать их критику в свой адрес, которую в иных условиях он был склонен воспринимать весьма болезненно или отвергнуть как необоснованную. Чрезвычайно ответственной задачей психотерапевта является также создание в группе обратной связи между каждым из членов группы и всей группой, благодаря которой участник группы получает информацию о том, какие эмоциональные реакции вызывает у окружающих его поведение, как он воспринимается ими, в каких случаях его понимание эмоционального содержания межличностной ситуации оказывается неадекватным и влечет за собой столь же неадекватную патогенную эмоциональную реакцию. Обратная связь представляет участнику группы возможность понять и оценить собственную роль в характерных для него межличностных конфликтах, что является необходимым условием для коррекции его поведения и эмоциональных реакций. Группа же представляет ее участникам возможность проверки реальностью тех новых форм переживания и поведения, которые вырабатываются в процессе психотерапии.

Основной формой групповых занятий является групповая дискуссия, в ходе которой участники группы вступают между собой в вербальное и эмоциональное взаимо-

действие, психотерапевт же выступает не столько как руководитель, сколько как своеобразный катализатор, задачей которого является вскрытие эмоционального подтекста дискуссии (определяемого отношениями между участниками группы) и недирективное ориентирование группы на обсуждение этой проблематики. Конкретно (в зависимости от актуальной ситуации в группе) это обсуждение может концентрироваться на структуре лидерства в группе, позиции, занимаемой отдельными участниками, наличии подгрупп и причинах их возникновения, функции тех или иных форм поведения отдельных членов и др. При этом терапевтически необходимым является соотнесение обсуждаемой проблематики с аналогичной проблематикой участников группы в их реальных жизненных ситуациях. Не всегда целесообразно планировать заранее тематику дискуссионного группового сеанса: она определяется эмоциональной ситуацией группы в данный момент, и задача психотерапевта состоит в том, чтобы адекватно создавать эту ситуацию, и в случае необходимости проявить достаточную гибкость в определении оптимальной темы дискуссии.

Вместе с тем выделяют [Kratochvil S., 1976] 3 основных типа ориентации в процессе занятий в психотерапевтической группе: биографическую (сосредоточение внимания на одном из членов группы), тематическую (дискуссию по различным вопросам и проблемам, которые в лечебном плане имеют значение для большинства членов группы) и интеракционную (обращение внимания на взаимоотношения и взаимодействия членов группы).

Кроме дискуссии, в групповой психотерапии используются также различные методики недискуссионного типа, в том числе и невербальные. Важное место среди них занимает методика разыгрывания участниками группы различных ситуаций (имевших место в действительности или воображаемых). Функция ее состоит в первую очередь в предоставлении группе дополнительного материала, необходимого для понимания проблематики отдельных участников или всей группы. Применяется она чаще всего в ситуациях, когда для больного оказывается затруднительной вербализация тех или иных эмоций, когда факты, о которых он рассказывает, представляются недостаточно убедительными или противоречивыми, когда обнаруживается тенденция к преувеличенно «интеллектуализированному» решению проблемы и т. д. Помимо воспроизведения характерных ситуаций с лицами из бли-

жайшего окружения больного (супругом, родителями, сотрудниками по работе), используются такие варианты методики, как «обмен ролями» (двое участников группы в разыгрываемой сцене исполняют роли друг друга, стараясь почувствовать переживания партнера и увидеть себя его глазами), «двойник» (один из участников в процессе игры высказывает вслух те мысли и чувства, которые, по его мнению, наличествуют у партнера в данную минуту), «предвидение будущего» (монолог или сцена, относящиеся к воображаемому времени, когда больной избавится от своего заболевания). Использование этой методики, помимо своей основной функции, способствует также эмоциональному отреагированию и тренировке новых форм поведения. Обязательным компонентом всякой разыгрываемой ситуации является обсуждение ее группой с вербализацией тех эмоций, которые она вызвала у отдельных членов группы, обсуждение возникших у участников разыгранной сцены проблем.

В качестве невербального варианта описанной методики можно рассматривать психогимнастику, при которой главным средством коммуникации является двигательная экспрессия. Эта форма психотерапии требует от участников группы выражения эмоции с помощью мимики, пантомимы, манипулирования предметами. Обычно участникам предлагается какая-либо конкретная тема: выразить отношение к себе, к группе, показать, каков я и каким хотел бы быть, каким меня видят люди, мои неосуществленные мечты, мои опасения и надежды и т. д.; некоторые задания предназначены для двух и более участников. После выполнения задания все члены группы поочередно обсуждают его в том же плане, что и при предыдущей методике.

Материал для дискуссии предоставляют также проективные рисунки, выполняемые каждым из участников на общую для всех тему (аналогичную темам психогимнастики), и впечатления от музыкальных произведений, прослушиваемых на сеансах музыкотерапии.

Рассматривая механизмы лечебного действия групповой психотерапии при неврозах, большинство авторов в качестве основного указывают на обратную связь или конфронтацию участников группы со своими проблемами и своим поведением [Мурзенко В. А., 1975; Исурина Г. Л., 1983; Höck K., 1976; Kratochvil S., 1978, 1983; Leder S., Wysokinska-Gasior T., 1980, и др]. С точки зрения S. Kratochvil (1978), основными лечебными фактора-

ми групповой психотерапии являются: участие в работе группы, эмоциональная поддержка, помощь остальным членам группы, самоисследование и самоуправление, реакции, обратная связь или конфронтация, контроль, коррективный эмоциональный опыт, проверка и обучение новым способам поведения, получение новой информации и социальных навыков. В известной монографии I. D. Yalom (1975) указываются следующие факторы: сообщение информации, вселение надежды, альтруизм, развитие техники межличностного общения, имитационное поведение, интерперсональное научение, групповая сплоченность, катарсис и др.

Семейная психотерапия при неврозах. Семейная психотерапия получила широкое распространение за рубежом, отражая в своих теоретических основах весь спектр существующих в психотерапии западных стран направлений — от психоанализа до экзистенциализма [Мягер В. К., Мишина Т. М., 1973]. Интерес к семейной психотерапии отражает растущее признание роли фактора семьи — семейного воспитания, семейных конфликтов и пр. — в генезе неврозов и других заболеваний.

Под семейной психотерапией В. М. Воловик (1973) понимает систему методов направленного изменения совокупных и взаимосвязанных отношений, складывающихся в семье и обнаруживающих значимую связь с болезнью, лечением и социальным восстановлением больного.

В более широком плане семейная психотерапия рассматривается как особый вид психотерапии, как процесс группового взаимодействия, имеющий своей целью изменение межличностных отношений и устранение эмоциональных нарушений в семье. Последние могут иметь характер семейных конфликтов, возникающих между родителями и детьми, супругами, между детьми. В процессе психотерапии каждый конфликт анализируется с учетом истории семьи, ее прошлого опыта, психологических особенностей ее членов и т. п. Психотерапия направлена на разрешение конфликтов путем перестройки нарушенных семейных отношений в одних случаях либо на их компенсацию в различной степени — в других. Очевидно, что в таком понимании семейная психотерапия выступает и как важный метод лечения, дополняющий другие формы психотерапии, и как метод первичной профилактики невротических расстройств, профилактики рецидивов за-

болевания и реабилитации больных (т.е. вторичной и третичной профилактики).

В течение последних десятилетий проблемы семейной психотерапии широко разрабатывались В. К. Мягер и ее сотрудниками [Мягер В. К., 1974; Мишина Т. М., 1983], а также другими исследователями [Кришталь В. В., 1982, 1984; Трегубов И. Б., 1987; Эйдемиллер Э. Г., Юстицкий В. В., 1989].

Формы и техника проведения семейной психотерапии весьма разнообразны: это наблюдение одним или двумя психотерапевтами одной семьи (супругов, родителей, детей), работа с группой из нескольких семейных пар. Психотерапия может проводиться и амбулаторно, и стационарно. Особенности семейной психотерапии при неврозах описаны в работах В. И. Гарбузова с соавт. (1977), А. И. Захарова (1982), Т. М. Мишиной (1983), Э. Г. Эйдемиллера, В. В. Юстицкого (1989).

Рациональная психотерапия. Этот метод первоначально разработан P. Dubois (1912) и противопоставлен им суггестивным приемам. Для P. Dubois сущностью метода являлось логическое переубеждение больного, обучение его правильному мышлению, поскольку психогения в его понимании — это следствие ошибочных суждений, а сегодня мы бы добавили — «болезнь неведения» [по Симонову П. В., 1968], обусловленная недостатком правильной информации. Развитие методики рациональной психотерапии Д. В. Панковым (1979, 1985), который предложил прием рациональной психотерапии, основанный на «планомерном обучении больного законам логики и демонстрации в процессе этого обучения логических ошибок, способствующих его дезадаптации в среде, и на выработке навыков правильного мышления», представляет собой развитие именно метода P. Dubois.

Лечение характеризуется относительно директивным подходом с привлечением авторитета, престижа и знаний врача, а также методик убеждения, переубеждения, разъяснения, ободрения, отвлечения. Оно включает выработку у пациента правильного отношения к болезни, понимания им ее природы (с позиций учения о высшей нервной деятельности, теории кибернетики, учения об эмоциональном стрессе и т. д.) и представляет собой поэтому элемент психотерапевтического воздействия, в той или иной мере использующегося всеми врачами. Но как только задачи рациональной психотерапии расширяются и включают в себя осознание психологических механиз-

мов болезни, реконструкцию нарушенных отношений личности больного, коррекцию неадекватных реакций и форм его поведения путем воздействия на все основные компоненты отношения — не только познавательный, но и эмоциональный и поведенческий при максимальном участии самого пациента в лечебном процессе и исключение излишне директивной позиции психотерапевта, отказе его от категорических указаний и советов, что, конечно, требует хорошего психотерапевтического контакта между ним и больным, — в этом случае рациональная психотерапия сближается уже по своим целям, задачам и технике проведения с личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапией. Реализация ее целей и задач осуществляется более эффективно в условиях психотерапевтической группы, что не исключает, разумеется, и проведения рациональной психотерапии в группе.

В качестве примера собственно рациональной психотерапии приведем выдержку из работы одного из наших крупнейших специалистов в области неврозов С. Н. Давиденкова (1956). Имея дело с неврозами, пишет он, «врач всегда обязан толково и доходчиво объяснить больному механизм происхождения его симптомов. Это всегда успокаивает больного, который начинает тогда понимать, что с ним не случилось какой-то особой, непонятной болезни, а происходит всего-навсего совершенно естественная и полностью обратимая физиологическая реакция на определенные жизненные трудности. Павловская четкая и доходчивая терминология прекрасно понимается большинством наших больных и часто быстро успокаивает их». И далее он дает трактовку неврастенического симптомокомплекса с позиций учения о высшей нервной деятельности. «Происходят эти ощущения, — говорит врач больному, — по совершенно понятному механизму: при неврастении, как известно, ослабевает процесс внутреннего торможения, которое легко может подвергаться значительной иррадиации по коре больших полушарий; кроме того, при слабости внутреннего торможения, а отсюда и слабости процессов возбуждения легко развиваются состояния внешнего пассивного торможения.

Таким образом, в коре образуются все условия для легкого возникновения различных гипнотических фазовых состояний, а для парадоксальной фазы как раз характерна непропорционально сильная реакция на слабые раздражители. Постоянно притекающие к коре слабые

импульсы из области сердца, желудка и т. д. в норме совершенно не учитываются нашим сознанием, в условиях же парадоксальной фазы ощущения эти могут стать упорными, настойчивыми и чрезвычайно неприятными. Объяснение такого механизма, несомненно, в состоянии во многих случаях успокоить больного, который тогда начинает понимать, что болезненные ощущения из внутренних органов вовсе не должны обязательно означать предполагаемого им заболевания».

Нет сомнений в пользе рациональной психотерапии при лечении резко выраженных невротических состояний (обычно невротических реакций). Однако также не подлежит сомнению, что при невротических состояниях, когда имеется выраженный «сплав» клинической картины с особенностями личности, с психотравмирующей ситуацией, часто порожденной этими особенностями, рациональная психотерапия оказывается малоэффективной.

В то время как личностно-ориентированная (реконструктивная) психотерапия среди множества других психотерапевтических методов в наиболее полном виде реализует каузальный подход к пониманию и устранению причин и механизмов развития неврозов, другие методы, используемые при неврозах, основаны на психотерапевтических воздействиях, относимых к симптоматическим, т. е. направленным в большей мере на смягчение или ликвидацию невротической симптоматики.

Вместе с тем при теоретически и практически обоснованной необходимости дифференцированного учета лечебных возможностей казуальной и симптоматической психотерапии следует избегать ненужных крайностей. Очевидно, при невротических реакциях симптоматические методы по своему лечебному значению приближаются к патогенетическим. В этом плане представляет интерес позиция, которой придерживаются даже психоаналитики. Так, J. Marmor (1973) отмечает, что в некотором смысле психоаналитик — это тот же интернист. Если, например, диарея (как это выясняется при обследовании) — результат пищевого отравления, то достаточно простых средств и диеты для ее устранения, если же диагностические обследования свидетельствуют в пользу более сложного патогенеза, то, естественно, необходимы и адекватные методы. Но даже в тех случаях, указывает автор, когда речь идет о более сложных личностно-обусловленных невротических расстройствах,

устранение ведущих симптомов может привести, с одной стороны, к таким изменениям отношений с окружающей средой, которые повлекут за собой конструктивные сдвиги первоначальной конфликтной ситуации, а с другой — устранение патологических симптомов может обусловить изменение самовосприятия, самооценки, что также способствует восстановлению внутренней психодинамики.

Сказанным, разумеется, нисколько не умаляется значение каузальной психотерапии при неврозах конфликтогенной природы, в особенности при затяжных их формах и невротическом развитии, т. е. при лечении той группы больных, которая является наиболее трудной в психотерапевтической практике.

Ниже рассматриваются психотерапевтические методы, отнесенные нами ко второму классу, которые в настоящее время широко используются при лечении больных неврозами, а именно суггестивная, «поведенческая (условнорефлекторная)» и другие виды психотерапии.

Суггестивная психотерапия

Внушение

Феномен внушения в его лечебном значении для больного (лечебное внушение) присутствует в той или иной степени выраженности при каждой беседе врача с больным, при любом их взаимодействии и является неотъемлемым элементом психотерапии, сочетаясь обычно с убеждением и разъяснением.

Основным средством внушения является слово, речь суггестора (человека, производящего внушение). Неречевые факторы (жесты, мимика, действия и т. д.) оказывают дополнительное влияние и, как показали эксперименты, могут значительно отражаться на эффективности внушения [Куликов В. Н., 1974].

Внушение в его медицинском, физиологическом, психологическом, социально-психологическом, педагогическом аспектах привлекало внимание многих исследователей: В. М. Бехтерева (1911), И. П. Павлова (1938), А. С. Макаренко (1958), А. В. Петровского (1970), М. С. Лебединского (1971), В. Е. Рожнова (1971), А. М. Свядоща (1982), А. Т. Филатова (1982).

Физиологический механизм внушения и самовнушения представлен в работах И. П. Павлова, с точки зрения которого внушение — это концентрированный очаг

раздражения в коре головного мозга, по закону отрицательной индукции вызывающей вокруг себя зону торможения, чем и объясняется, говоря словами И. П. Павлова, его «преобладающее, незаконное и неодолимое значение». С физиологических позиций была объяснена также различная степень реализации внушения в бодрствующем состоянии и во время гипноза на основе представлений о так называемых фазовых состояниях в коре головного мозга.

А. Т. Филатовым и его сотрудниками [Филатов А. Т., Михайлов К. В., 1977; Филатов А. Т., 1983, и др.] показано, что эффективность внушения, помимо других причин, зависит в значительной мере от степени кортиколизации основных физиологических систем. В частности, этими учеными исследована степень «откликáемости» на внушение таких систем, как сердечно-сосудистая, нервно-мышечная, дыхательная, пищеварительная и др.

Предлагаются различные классификации суггестии: внушение и самовнушение, внушение прямое или открытое, косвенное или закрытое; внушение контактное и дистантное и т. д. В медицинской практике приняты соответствующие приемы внушения в бодрствующем состоянии (наяву), в состоянии гипнотического и наркотического сна.

Внушение в состоянии бодрствования. Внушение в состоянии бодрствования, являясь необходимой частью любого общения пациента с врачом, может выступать и в качестве самостоятельного психотерапевтического воздействия. А. М. Свядощ (1982) предлагает несколько технических вариантов проведения сеансов внушения наяву. Формулы внушений произносятся повелительным тоном, учитывают состояние больного и характер клинических проявлений заболевания. Они могут быть направлены как на улучшение общего самочувствия (сна, аппетита, работоспособности и т. д.), так и на устранение отдельных невротических симптомов. Обычно внушению наяву предшествует разъяснительная беседа о сущности лечебного внушения и убеждение больного в его эффективности. Эффект внушения, естественно, тем выше, чем выше в глазах пациента авторитет врача, производящего внушение. Степень реализации внушения определяется также особенностями личности больного, выраженностью «магического» настроя, веры в возможность влияния одних людей на других с помощью не известных науке средств и способов [Захаров А. И., 1982], во многом зави-

сит от отношения пациента к врачу. Необходимо учитывать также эффект «ноцебо» [Leder S., 1978], при котором в отличие от плацебо отмечается снижение эффективности психотерапии в результате того, что ожидания пациента не реализуются, в частности, при неэффективном применении этих методов у данного больного ранее.

Внушение в состоянии гипнотического сна. Использование гипнотического состояния в лечебных целях столь широко распространено, что в ряде стран в психотерапевтических обществах выделены секции гипнотерапии, существуют международные организации, объединяющие специалистов, разрабатывающих проблемы клинического и экспериментального гипноза, периодически проводятся международные конгрессы по гипнозу.

Интерес к гипнозу отражает его лечебную эффективность, возможность повысить терапевтическое действие внушения, пользуясь состоянием внушенного же гипнотического сна. История развития научных представлений о природе гипноза и методах его применения в медицине с исчерпывающей полнотой представлена в работах К. И. Платонова (1962), П. И. Буля (1974), В. Е. Рожнова (1985), а в зарубежной литературе — A. Katzenstein (1971, 1978), L. Chertok (1972), S. Kratochvil (1972), G. Klumbies (1983) и др. Большой вклад в понимание физиологических механизмов гипноза и использование его в лечебных целях внесли выдающиеся русские ученые И. П. Павлов и В. М. Бехтерев.

Ввиду того что явления внушения (суггестия) и гипноза тесно переплетаются друг с другом, П. И. Буль (1974) считает целесообразным пользоваться термином «гипносуггестивная психотерапия».

С помощью гипносуггестии можно воздействовать практически на все симптомы при неврозах, касающиеся как основных психопатологических их проявлений (страх, тревога, астения, депрессия и др.), так и остальных невротических синдромов (нейровегетативные и нейросоматические, двигательные и чувствительные расстройства и т. д.).

При неврозах могут быть использованы различные методики (варианты) гипносуггестивной терапии.

O. Vogt [цит. по Рожнову В. Е., 1985] была предложена методика так называемого фракционного гипноза, позволяющая добиться более глубокого сна, используя отчет больного о самоощущениях, и снять настороженное, боязливое отношение к самому методу. E. Krets-

chmer (1949) предложил методику ступенчатого активного гипноза, существенными элементами которой являются тренировочные упражнения на релаксацию и фиксацию с ограничением роли суггестивных факторов.

К. И. Платонов (1962) разработал методику длительного гипноза-отдыха. Методика реализует требование лечебно-охранительного режима для некоторых групп пациентов. Больного вечером погружают в гипнотический сон, спонтанно переходящий в естественный. Лишь утром с больным восстанавливается раппорт, и теперь уже гипнотический сон вновь продлевается на нужное время. Этот так называемый гипноз-отдых может продолжаться до 15—20 ч в сутки. Методика использования гипноза для указанной цели отвечает требованиям немедикаментозной сонной терапии, применявшейся у нас главным образом в 50-х годах для лечения неврозов, реактивных состояний и некоторых психосоматических расстройств.

Вариант гипнотической методики Н. В. Иванова (1959) имел своей целью приближение суггестии — через мотивированные внушения — к решению задач не только симптоматической, но и в определенной мере патогенетической направленности.

Методику удлиненной гипнотерапии предложил В. Е. Рожнов (1953). Лечебное внушение осуществляется в условиях достаточно длительного гипнотического состояния — от 2 до 3—4 ч. Несколько больных погружаются в гипнотический сон, через каждые 15—20 мин проводится лечебное внушение. Подчеркивается эффективность этой методики в амбулаторных (прежде всего) и стационарных условиях.

В. Е. Рожновым (1982) разработана также методика коллективной эмоционально-стрессовой гипнотерапии. Размеры группы должны быть в пределах 8—20 человек. Как отмечает автор, маленькие группы утрачивают преимущества выраженной взаимоиндукции, слишком же большие — затрудняют осуществление индивидуализированного подхода. Методика коллективной эмоционально-стрессовой гипнотерапии применяется при неврозах, прежде всего при истерии с зафиксированными акцентсимптомами. На основании этой методики В. Е. Рожновым (1985) разработана концепция эмоционально-стрессовой психотерапии.

На разработку концепции эмоционально-стрессовой психотерапии, пишет В. Е. Рожнов (1982), как «систему

воздействия на больного путем формирования у него жизнеутверждающих, оптимистических устремлений и идеалов, целей и задач, которые способны преодолеть его болезненную ипохондричность, пессимизм, фобическую настроенность, апатию и безволие, лишающие сил, необходимых для борьбы со страданием», оказали влияние понятие о тимогениях, выдвинутое В. А. Гиляровским, учение о стрессе H. Selye, в частности его положения о саногенном, а не только патогенном значении стресса, взгляды на психотерапию известного отечественного психотерапевта А. И. Яроцкого о лечении путем воспитания у больных возвышенных целей («идеалов») и др.

Различные аспекты амбулаторной и стационарной эмоционально-стрессовой психотерапии представлены в работах сотрудников В. Е. Рожнова — М. Е. Бурно (1982), А. С. Слуцкого (1985) и др.

В свое время М. М. Асатиани (1926) использовал метод, который был назван им методом репродуктивных переживаний в лечении неврозов. Суть методов — восстановление и повторное переживание психической травмы, явившейся источником невроза, для чего в гипнотическом состоянии осуществляется соответствующее внушение. Гипнотизер направляет репродукцию переживаний и осуществляет необходимые лечебные внушения. Гипнопсихокатарсис широко использовался болгарскими авторами К. Чолаковым (1933), Ат. Атанасовым (1981) и др.

Терапевтический эффект от суггестивных воздействий может быть получен во всех 3 стадиях гипноза: сомнолентности, гипотаксии и сомнамбулизма.

Гипносуггестивная психотерапия проводится в форме индивидуального и коллективного гипноза (точнее, гипноза в группе больных).

Авторы, имеющие опыт применения гипносуггестии при неврозах, практически едины в том, что наиболее показана и эффективна она при истерическом неврозе. Относительно менее эффективен этот метод при других формах неврозов. С. Н. Давиденков (1963), возражая против широкого использования гипнотерапии при всех формах неврозов, указывает, что в этом случае из терапии исчезает элемент активной борьбы с болезнью, формируется пассивная позиция больного. Отдавая предпочтение рациональной психотерапии, он напоминает образное выражение Х. Г. Ходоса, что врач при этом проникает в психику больного «через парадные двери».

Подчеркивая хорошо известную высокую лечебную эффективность гипнотерапии даже при длительно существующих истерических конверсионных моносимптомах, следует вместе с тем указать, что при целевом, особенно рентном, характере симптома гипнотерапия чаще оказывается неэффективной; лечебный эффект всецело зависит от наличия установки на излечение.

Внушение в состоянии наркотического сна. Методика наркопсихотерапии реализует лечебное действие внушения в условиях исскусственно вызванного наркотического сна. В нашей стране она была детально разработана М. Э. Телешевской (1985), которая обобщила многолетний опыт использования этой методики прежде всего при неврозах. Относительная простота методики, безвредность при правильной технике выполнения, возможность преодолеть недостаточную внушаемость и гипнабельность больных обеспечили широкое ее применение.

Наркотический сон вызывают внутривенным введением барбамила (амитал-натрия), гексенала, пентотала, гексобарбитала. В последнее время чаще используют барбамил, практически не дающий осложнений при учете клинического состояния больного и обоснованной дозировке вещества. Под контролем секундомера со скоростью не более 2 мл 5 % раствора в 1 мин вводят от 1 до 5—6 мл. На фоне возникающего наркотического сна проводят лечебное внушение, по окончании которого больной обычно засыпает. Внушение проводят (по М. Э. Телешевской) в 4 первых стадиях наркоза: в первой стадии — понижения общей активности и инициативы, второй — эмоциональных сдвигов, третьей — измененного сознания и четвертой стадии — поверхностного сна. В последней, пятой, стадии (глубокого наркоза) внушения не реализуются.

При неврозах наркопсихотерапия используется с целью снятия истерических зафиксированных моносимптомов, для осуществления суггестивных воздействий при фобических расстройствах с последующими функциональными тренировками (ходьба, поездки в транспорте и т. д.), а также при других невротических нарушениях. Курс лечения может достигать 10—20 процедур, проводимых ежедневно или через день. Наркопсихотерапия осуществляется также и при внутримышечном введении барбамила (от 2—3 до 5 мл 5 % раствора).

В тех случаях, когда больной малогипнабелен, путем введения наркотических средств облегчается наступление

гипнотического сна. Эта методика получила название наркогипноза.

К методам, близким к наркопсихотерапевтическим, можно отнести использование с психотерапевтической целью газовой смеси: кислород и закись азота. Методика разработана М. С. Лебединским и его сотрудниками [Каландаришвили А. С. и др., 1975; Лебединский М. С. и др., 1976]. Используется эйфоризирующее, седативное, спазмолитическое и аналгезирующее действие закиси азота. Возникающий под ее влиянием соматический и психический комфорт повышает эффективность суггестивного воздействия. В методике указанных авторов концентрация закиси азота в газовой смеси варьирует в пределах 15—75 %, длительность вдыхания — 10—15 мин, число сеансов — 4—10. Методика эффективна при неврозах с фобической, ипохондрической и депрессивной симптоматикой. Рекомендации по применению методики при различных формах неврозов в зависимости от ведущего синдрома представлены в работе Т. В. Панько (1987).

Наркопсихотерапия может выступать в качестве одного из вариантов так называемой абреактивной психотерапии. Абреакция представляет собой попытку нейтрализовать предположительное патогенное влияние прошлого травматического опыта за счет воспроизведения последнего в терапевтических условиях (Kratochvil S., 1976; Иванов Вл., 1979).

Косвенное внушение. Эта форма внушения является основой разработки опосредующей и потенцирующей косвенной психотерапии, получившей развитие в последний период в работах главным образом курортных психотерапевтов.

Уверенность и убежденность больного в лечебном эффекте являются активным фактором, который постоянно играет важную роль при проведении всех видов терапии. Благоприятная общая обстановка лечения, укрепление медицинским персоналом надежды больного на эффективность лечебной процедуры способна усилить ее действие. В то же время больной может относиться отрицательно (по разным причинам) к лечению, может сомневаться в его эфективности. Такого рода тормозящие отрицательные влияния способны привести к ослаблению лечебного действия. Механизм «вооруженного внушения» (J. M. Charcot), «чреспредметного» внушения или косвенного психотерапевтического эффекта (В. М.

Бехтерев) необходимо иметь в виду при использовании любых лечебных воздействий, в том числе биологической природы.

Примером косвенной психотерапии является использование различного рода «масок». В этом случае медицинский персонал предварительно готовит больного к процедуре, заключающейся в ингаляции «нового, чрезвычайно эффективного» лекарства, которое «специально заказано для больного» и будет использовано в особых условиях. Пациента укладывают на стол, накладывают на лицо наркозную маску, смоченную неизвестной ему пахучей жидкостью, и когда он начинает ее вдыхать, осуществляют внушение, направленное на восстановление нарушенных функций, обычно истерической природы (в случае мутизма, при стойких гиперкинезах, параличах и т. д.).

К. М. Варшавский (1973) вспоминает клиническую демонстрацию на лекции выдающегося психоневролога P. Flechsig, состоявшейся в Лейпциге в 1924 г. Демонстрировалась девушка, вообразившая, что у нее стеклянный зад. Боясь «разбить его», она не садилась и не ложилась на спину. P. Flechsig пообещал пациентке удалить все стеклянные части оперативным путем. Больную в присутствии студентов уложили на стол, на лицо была наложена эфирная маска, один из ассистентов разбил над головой пациентки стеклянный сосуд, профессор произвел соответствующее внушение, после которого больная встала, свободно села на предложенный ей стул и объявила, что она чувствует себя полностью выздоровевшей.

Косвенная суггестия с использованием «маски» иногда применяется в нашей клинике как завершающий этап личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии при зафиксированных истерических симптомах, подготовившей пациента к «отказу» от симптома (выполнявшего приспособительные, адаптивные функции) путем осознания специфической содержательной связи между этим симптомом и внутренним конфликтом, а также генезиса этого конфликта. Использование «маски» в подобных случаях убеждает в ценности симптомоцентрированных методов, если применение их основывается на адекватном понимании механизмов развития невроза и включается в систему личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии.

А. Т. Филатовым (1975) указываются основные принципы, на которых строится система психотерапевтическо-

го опосредования (путем использования косвенной суггестии) медикаментозного лечения. Это учет оценочных суждений больного о том препарате, который врач намерен ему назначить; формирование эмоционально положительного отношения больного к назначаемому лечению; формирование «реакции ожидания» лечебного эффекта от препарата; потенцирование лечебного эффекта как врачом, так и остальным медицинским персоналом, принимающим участие в лечении больного; дезактуализация возможных побочных действий препарата; аксиологическая переориентация значимости для больного побочных действий препарата; коррекция эгротогении; формирование лечебной перспективы в связи с проводимой терапией.

В работах И. З. Вельвовского (1966), Д. А. Бершадского (1971) приведены обоснования и конкретные методики опосредования и потенцирования лечебных воздействий с помощью косвенной психотерапии при использовании других методов лечения, прежде всего курортных — физиотерапии, специальной бальнеотерапии, лечебной физкультуры и др.

Нет необходимости подчеркивать роль широко известных исследований И. П. Павлова и его сотрудников для понимания условнорефлекторной природы механизмов, обусловливающих лечебную эффективность косвенной психотерапии.

Если прямое внушение эффективно в большей степени при лечении истерического невроза, то косвенное внушение может быть с успехом использовано и при других формах неврозов.

Плацеботерапия. С развитием психофармакологии и постоянным внедрением в медицинскую практику все новых психотропных средств возросло число наблюдений, в которых применение тех или иных препаратов сопровождалось положительными или отрицательными эффектами, нередко не соответствовавшими ожидаемому действию.

Поэтому в практике испытания новых медикаментозных средств стали широко пользоваться лекарственными формами, получившими название «плацебо». Плацебо-препарат имитирует по цвету, вкусу, запаху исследуемый, но содержит вместо действующего начала индифферентный состав. Плацебо-тесты позволили выявить лиц с положительным и отрицательным плацебо-эффектом и лиц, при исследовании которых сколько-нибудь

существенный эффект отсутствовал (плацебо-нонреакторы).

В ряде случаев это вполне оправдано, так как, например, при приеме плацебо-транквилизаторов плацебо-эффект может не угасать в течение 2—3 лет, это было отмечено И. П. Лапиным (1976) у исследованных им больных и позволило ему поставить под сомнение положение о быстром угасании плацебо-эффекта как характерного и обязательного его признака.

С точки зрения некоторых авторов, можно говорить о плацебо-эффекте не только медикаментозных, но и других методов лечения — физиотерапевтических, лучевой терапии и др. На выраженность плацебо-эффекта влияет множество самых различных факторов. Перечислим лишь некоторые из них: степень новизны препарата, его доступность, упаковка, реклама, характер информации, содержащейся в аннотации к препарату, предшествующая эффективность лекарства у данного больного, его установка на психотерапию, физиотерапию или лекарственные средства, отношение больного к врачу, назначающему лекарство, и отношение врача к последнему, репутация лекарства среди других больных палаты, отделения, в особенности наиболее активных больных, отношение к препарату членов семьи и т. д.

И. П. Лапиным (1978) описан семейный, в частности родительский, плацебо-эффект, под которым он понимает высокую положительную (или отрицательную) оценку членами семьи изменений состояния больного, получающего плацебо, причем ни сам больной, ни член семьи, оценивающий эти изменения, не знают, какой препарат назначен. Заслуживают внимания рекомендации автора, касающиеся необходимости учитывать, кто из членов семьи наиболее авторитетен для больного в вопросах его лечения. Положительный родительский плацебо-эффект, по данным И. П. Лапина, способен улучшить «терапевтическую» среду в семье, повышает чувство оптимизма, благоприятно сказывается на состоянии больного.

Оценить эффективность медикаментозного средства можно лишь с учетом плацебо-эффекта. Как отмечают R. Konechy, M. Bouchal (1983), слава лекарства проходит тем скорее, чем большее участие в его распространении имел именно плацебо-эффект.

Плацебо-эффект может использоваться как с терапевтической, так и с диагностической целью. Ю. Я. Тупицыным (1973) в нашей клинике плацебо применялось на

первом этапе лечения такого распространенного расстройства, как нарушение сна. Если бессонница возникала или фиксировалась по механизму тревожного ожидания, лишь одно применение плацебо приводило к улучшению. Плацебо оказывалось полезным также для дезинтоксикации больного, в течение длительного времени принимавшего барбитураты, или с целью создания благоприятных условий для более высокой эффективности снотворных средств.

Самовнушение

Самовнушение — это методика внушения каких-то мыслей, желаний, образов, ощущений, состояний себе самому [Бурно М. Е., 1976]. В психотерапевтической практике применяются различные методики самовнушения. Чаще они представляют собой различные варианты давно предложенной техники самовнушения по Куэ [Coué E., 1928]. Самовнушение является основой (или одним из существенных механизмов лечебного действия) многих иных методов психотерапии (аутогенная тренировка, другие методы релаксации).

Самовнушение по Куэ. Больному рекомендуется обычно лежа, перед засыпанием и при пробуждении (т. е. при наличии переходных состояний) до 30 раз повторять автоматически одну и ту же формулу самовнушения, состоящую из нескольких фраз и отражающую содержание болезненных переживаний. Эффективность самовнушения в значительной степени связана с его продолжительностью. Как отмечает А. М. Свядощ (1982), достоинством метода при его элементарности является активное привлечение к лечению самого пациента. В методике Куэ, помимо воображения, которому ее автор придавал ведущее значение, конечно, присутствует убеждение, прямое и косвенное внушение. В. М. Бехтерев, впервые описавший у нас метод самовнушения, ценил его эффективность, в частности, при неврозах.

Методика самовнушения в виде мотивированного самовнушения была разработана Н. В. Ивановым (1959).

Аутогенная тренировка. Как метод лечебного самовнушения аутогенная тренировка была предложена для лечения неврозов J. H. Schultz в 1932 г. [Schultz J. H., 1973, 1987]. В нашей стране она начала применяться в конце 50-х годов; наибольшее число клинико-терапев-

тических и экспериментальных исследований относится к 60—70-м годам.

Среди наиболее крупных исследований, проведенных в нашей стране, следует назвать работы А. С. Ромена (1970), Г. С. Беляева (1971), М. С. Лебединского (1971), А. Т. Филатова (1979, 1987), А. Г. Панова и соавт. (1980), А. М. Свядоща (1982), В. С. Лобзина, М. М. Решетникова (1986), а в зарубежных странах — H. Kleinsorge, G. Klumbies (1965), W. Luthe (1969—1974) и др.

В основе существующих в настоящее время многочисленных модификаций аутогенной тренировки лежит применение главным образом 6 стандартных упражнений первой ступени, предложенных J. H. Schultz и способствующих появлению и углублению ощущения тяжести, тепла и холода, покоя в определенных участках тела, что ведет к релаксации, на фоне которой производится самовнушение с помощью специально разработанных формул. Эти формулы учитывают жалобы больного и симптоматику болезни. Лечебная эффективность аутогенной тренировки объясняется А. М. Свядощем (1982) как действием релаксации, так и целенаправленным самовнушением на ее фоне; эффективность последнего в состоянии релаксации, вероятно, выше в связи с наличием легких гипнотических фазовых состояний. Подчеркивается также роль самоубеждения [Панов А. Г. и др., 1980].

Как отмечают В. С. Лобзин, М. М. Решетников (1986), «физиологические эффекты аутогенной тренировки в целом и механизмы восстановления под ее влиянием нервной регуляции тех или иных конкретных функций весьма сложны и до настоящего времени полностью не изучены». Специальная глава их монографии посвящена рассмотрению механизмов аутогенной тренировки с позиций современной нейрофизиологии, психофизиологии, нейропсихологии, общей и медицинской психологии и других наук.

Г. С. Беляев (1971) указывает, что лечебное самовоздействие, основанное на сенсорной репродукции и самонаблюдении, более результативно, чем прямые ауто- и гетеросуггестии. Он предложил модификацию методики, основными элементами которой являются обучение приемами концентрации внимания и самоконтроля при помощи сложного дыхательного ритма и идеомоторной тренировки, использование дыхательных упражнений в успокаивающем и мобилизующем вариантах, уменьшение суггестивного влияния врача, превращение сенсорной репро-

дукции в ведущий прием аутогенной тренировки, правильное сочетание транквилизирующих и мобилизующих приемов саморегуляции.

Отдельные элементы этого вида аутогенной тренировки ранее уже использовались в модификациях других авторов. Так, например, H. Kleinsorge, G. Klumbies (1967), разработав методику направленной органотренировки, позволяющей избирательно воздействовать на функции некоторых органов и систем, большое значение придавали приемам аутодидактики и сенсорной репродукции, К. И. Мировский, А. Н. Шогам (1965) — мобилизующим приемам («мороз пробегает по телу», ощущения познабливания, «гусиная кожа») наряду с успокаивающими.

В модификации М. С. Лебединского, Т. Л. Бортник (1966) упор сделан не на расслабление, а на развитие и укрепление процесса саморегулирования, самоконтроля и самообладания, а в качестве активирующего дополнения к аутогенной тренировке используются функциональные тренировки; большое значение приобретают при этом варианте расширенные формулы спокойствия. Применение указанной модификации позволило сократить продолжительность курса занятий до 20 дней при ежедневных занятиях продолжительностью 20—25 мин. Другие варианты аутогенной тренировки подробно описаны в монографии В. С. Лобзина и М. М. Решетникова (1986).

Аутогенная тренировка более эффективна при неврастении (общеневротическая симптоматика; нейровегетативные и нейросоматические синдромы — особенно в случае преобладания симпатического тонуса; нарушения сна, прежде всего засыпания; состояния тревоги и страха, нерезко выраженные фобии, в особенности при сочетаниях аутогенной тренировки с условнорефлекторными методами; сексуальные нарушения и т. д.). Меньший терапевтический эффект отмечен у больных с выраженными астеническими, ипохондрическими, обсессивно-фобическими расстройствами и с истерическим неврозом.

Широкое применение методика получила в качестве психогигиенического и психопрофилактического средства при подготовке спортсменов, людей, работающих в условиях эмоциональной напряженности и в экстремальных условиях, в частности для профилактики невротических реакций.

Обычно занятия по аутогенной тренировке проводятся в группах 1—2 раза в неделю под руководством врача

или психолога: продолжительность занятия от 20 мин до 1—1,5 ч (в зависимости от методики). Большое внимание уделяется самостоятельным тренировкам пациентов, которые проводятся дважды в день (утром перед вставанием и вечером перед сном), причем, как правило, пациенты ведут дневниковые записи, в которых описывают ощущения, испытываемые ими во время занятий, качество выполнения упражнений и т. д.

В исследованиях отечественных и зарубежных авторов указывается на возможность ускорения реализации навыков, полученных в процессе аутогенной тренировки, путем использования принципа биологической обратной связи.

Биологическая обратная связь. Биологическая обратная связь (biofeedbäck) определяется как информация о текущих изменениях одной или многих физиологических переменных в организме и получения возможности в связи с этим контроля над соответствующей функцией [Futterman A. D., Shapiro D., 1986]. В многочисленных работах используется электромиографическая, электроэнцефалографическая, температурная обратная связь, обратная связь ритма сердца и т. д. Тренинг биологической обратной связи наиболее широкое применение получил для снижения напряжения и релаксации.

Подчеркивается, что его применение расширяет психотерапевтические возможности при неврозах, особенно при лечении состояния тревоги, обсессивно-фобических расстройств, головной боли от мышечного напряжения и др.

В то же время возрастает число исследований, в которых терапевтический эффект при использовании методики биологической обратной связи оспаривается и объясняется множеством привходящих моментов. Так, в работе M. Cohen и соавт. (1980) проанализированы результаты лечения этим методом головной боли. Авторы приходят к выводу: 1) прямые физиологические изменения исследовавшихся систем не коррелируют с терапевтическим результатом, к тому же достаточно скромным; 2) не имеет значения метод биологической обратной связи (сосуды головы, электромиограмма, температура, альфа-ритм). Поэтому, указывают авторы, механизмы терапевтического эффекта следует искать не только в изменениях, касающихся физиологических систем.

Вероятные объяснения, с их точки зрения, таковы: 1) наличие эффекта плацебо благодаря участию пациен-

тов в эксперименте (составление ими специальных диаграмм) и вниманию к ним со стороны исследователей; 2) регрессия «к середине», так как пациенты ищут помощи в тот момент, когда им особенно плохо; 3) эффект общей релаксации; 4) познавательный эффект от переживания биологической обратной связи — возникающее у пациента представление о собственном контроле над физиологической системой или чувство власти над средой.

Последний пункт представляет специальный интерес. Пациенты утверждали, что биологическая обратная связь учит их навыкам самоконтроля, которого, по их мнению, у них никогда раньше не было. Поэтому, отмечают авторы, степень физиологического изменения не выступает в качестве критической величины, но таковой является степень веры пациента в свои возможности осуществлять контроль. Если это так, то этот эффект может учитываться при попытках оптимизации терапевтического результата.

О необходимости учета при использовании методики биологической обратной связи психологических факторов (повышения самооценки пациента, самовнушения, плацебо-эффекта и др.) свидетельствуют также данные некоторых советских авторов, показавших, что у исследованных ими больных клиническое улучшение наблюдалось и при отсутствии существенных изменений в изучавшихся физиологических системах.

Поскольку при тренинге биологической обратной связи используется много приборов, регистрирующих соответствующие функции больного, то положительное действие может быть связано и с эффектом «вооруженного внушения».

В литературе, посвященной биологической обратной связи, обращается внимание на симптоматический характер лечебного эффекта при использовании этой методики. Некоторые пациенты используют свои симптомы, чтобы привлечь внимание, избежать своих обязанностей и буквально управлять своим окружением. Устранить симптом — это не значит изменить жизненные обстоятельства, которые его сформировали. D. Shapiro, C. Schwarz (1972) отмечают, что тренинг биологической обратной связи следует рассматривать лишь как один из подходов к лечению «человека в целом» и применять его в сочетании с другими методами. «Излечение от повышенного артериального давления, — пишет C. Schwarz (1973), — ско-

рее всего потребует чего-то большего, чем только сознательной попытки пациента снизить у себя кровяное давление.»

Поведенческая (условнорефлекторная) психотерапия

Методы условнорефлекторной психотерапии получили широкое распространение за рубежом, особенно после работ H. J. Eysenck (1960) и J. Wolpe (1973), под названием поведенческой (бихевиоральной) терапии. У ее истоков находятся труды И. П. Павлова и В. М. Бехтерева. Последний в своей работе «Психорефлекторная терапия» (1915) излагает принцип лечения, имеющий в своей основе торможение патологического условного (по терминологии автора — сочетательного) рефлекса.

И. Ф. Случевский (1957) в статье «В. М. Бехтерев — основоположник условнорефлекторной терапии»[1] указывает, что еще в 1915—1918 гг. В. М. Бехтеревым был разработан новый метод лечения нервно-психических заболеваний, позднее названный им «сочетательно-рефлекторной терапией». Метод был использован как самим В. М. Бехтеревым, так и его сотрудниками и последователями — В. П. Протопоповым, В. М. Гаккебушем, Г. Л. Дитрихом и др. — для устранения истерических параличей, глухоты, слепоты, ночного недержания мочи, обсессивно-фобических расстройств, половых извращений и др. Значение рефлекторной терапии при многих заболеваниях, в том числе при неврозах, отметил в 1930 г. В. Н. Мясищев.

В современной поведенческой терапии существует несколько десятков методов [Федоров А. П., 1987; Lauterbach W., 1974; 1978, Redlin W., 1987], которые наряду с устранением патологических расстройств используются также для обучения новым, желательным, и «здоровым» формам поведения.

Среди приемов поведенческой терапии важное место занимает метод, разработанный J. Wolpe (1958). Как полагал автор, в основу его был положен принцип реципрокного торможения. При этом он исходил из следующего: «Если в присутствии объекта, вызывающего страх,

[1] *Случевский И. Ф.* В. М. Бехтерев — основоположник условнорефлекторной терапии/В. М. Бехтерев и современная психоневрология. — Л., 1957. — С. 68.

эта реакция будет частично или полностью заторможена, то тем самым ослабляется связь между ним и чувством страха». По J. Wolpe, метод лечения включает два элемента: формирование новой реакции, не имеющей ничего общего со страхом, и одновременно — условное торможение страха. Практический прием, вытекающий из этого принципа, заключается в постепенном демонстрировании больному, находящемуся в состоянии полной релаксации, иерархии обстоятельства, вызывающего страх. Метод был назван систематической десенсибилизацией. Существует ряд приемов, построенных на этом принципе. При самом простом из них поэтапное устранение страха производится в представлении больного, например, путем воображаемого погружения в фобическую ситуацию. При изолированных фобиях (боязнь животных, перемещений в пространстве — страх перед метро, полетами и т. п.) создается «иерархическая шкала», включающая 20 ситуаций, которые больной воспроизводит, начиная от самых легких и кончая все более тревожащими и волнующими его. Первую ситуацию больной представляет себе в течение 15—40 с, затем представляет ситуацию успокаивающего характера и, пользуясь методикой Джекобсона, достигает состояния релаксации. Первая ситуация повторяется несколько раз, затем он переходит к следующей и т. д. Если пациент овладевает ситуацией и не испытывает страха, он поднимает правый палец, если он чувствует страх или волнение — левый, таким образом психотерапевт руководит переходом к следующим по трудности ситуациям. Каждый сеанс продолжается 20 — 30 мин. J. Wolpe исходит из того, что стимул, который не вызывает страха в представлении, не вызовет его и в реальной действительности.

При другом варианте систематическая десенсибилизация осуществляется не в представлении, а in vivo, в жизни, в действительности, например, путем реального погружения в фобическую ситуацию. Этот вариант представляет большие технические трудности, но, по мнению ряда авторов, он более эффективен, может применяться для лечения больных с плохой способностью вызывать представления.

В некоторых вариантах описываемой методики используются диапозитивы, специальные кинофильмы и лекарства для облегчения релаксации. Создаются специальные фильмотеки для разных тревожно-фобических состояний, содержанием которых являются сцены (на-

пример, сцены полета на самолете при фобии полетов). Десятки подобных сцен предъявляются пациентам в определенной последовательности и в зависимости от реакции больного на предыдущие. Демонстрация фильма сопровождается записанной на магнитофон психотерапевтической инструкцией. Подчеркивается [Denholtz M. et al., 1978], что проводить поведенческую терапию в этом случае может и средний медицинский персонал.

Ведущим в механизме лечебного действия при использовании методики систематической десенсибилизации является образование условной связи между объектом страха и тормозящим его расслаблением.

Вместе с тем в работах ряда авторов было поставлено под сомнение утверждение J. Wolpe о том, что в основе метода лежит принцип реципрокного торможения. При этом они исходили из того, что длительная экспозиция предмета, вызывающего страх, является эффективным способом угашения и что систематическая десенсибилизация в действительности и является примером классического угашения. Главное в процедуре — не релаксация, а демонстрация стимула.

Поэтому многими исследователями разрабатывались методы, основанные на прямом использовании принципа демонстрации объекта страха (без релаксации). Эти методы получили название «иммерсии». Очевидно, что в основе их лежит принцип угашения, разработанный школой И. П. Павлова, согласно которому демонстрация условного стимула без подкрепления ведет к исчезновению условного ответа.

При методике «наводнения» пациент вместе с психотерапевтом оказывается в ситуации, в которой у него возникает страх, и находится в этой ситуации до тех пор, пока страх не уменьшится (для этого требуется 1—1,5 ч). Все это время пациент не должен мысленно избегать ситуации (переключая внимание и пр.). Число сеансов при методике «наводнения» — до 10, после чего больной продолжает упражняться уже самостоятельно. Эта методика может применяться и в групповой форме [Zitrin С. М. et al., 1980]. Групповые занятия с больными, страдающими агорафобией, начинались с 45-минутной беседы, в течение которой психотерапевт обсуждал вместе с пациентами сущность и проявления их заболевания, после чего создавалась реальная фобическая ситуация (самостоятельно или же с помощью медицинского работника — пересечения открытого пространства при страхе перед ним

и др.). Психотерапевт в этой ситуации принимает на себя функции лидера.

Существуют и другие методики: имплозия — это методика наводнения в воображении. Больной с танатофобией слушает рассказ о своей смерти, причем жестокая фантазия психотерапевта здесь может быть безграничной. После нескольких предварительных бесед, например, с больным, страдающим фобией змей, врач предлагает пациенту представить, что он видит змею. Потом, когда реализуется угашение тревоги на эту сцену, пациента просят вообразить, что он берет змею в руки. По мере успешности лечения вводятся другие стимулы, также требующие угашения их сигнального значения. Пациента можно попросить представить, что змея кусает его в палец, лицо, глаза, нос. Змея может даже проникнуть в рот, спуститься в желудок и поглощать его изнутри; сцены могут носить сексуальный характер, аналогично такой, например, сцене, когда пациентка должна вообразить, что проглатывает змею, и та выходит из влагалища или стерилизует ее. Сцены повторяются с новыми вариантами, отражающими глубокие истоки тревоги пациентов. Как видно из этого примера, здесь наблюдается стремление соединить принципы поведенческой терапии с элементами динамической психологии, учитывающей детский травматический опыт, описанный психоанализом. По мнению A. Bandura (1969), используемая процедура угашения слабо соотносится с характером психологических нарушений, что снижает ее эффективность.

В ряде исследований сравнивалась эффективность различных поведенческих приемов. Так, J. B. Watson (1972) было установлено, что по сравнению с иммерсией в воображении эффективность этой процедуры выше при проведении ее in vivo. При столкновении больного с реальным объектом фобии эффект наступает быстрее.

Сопоставлялась эффективность метода систематической десенсибилизации и иммерсии: результаты были разными — с точки зрения одних авторов, эффективнее иммерсия, других — различия отсутствуют, но при иммерсии наблюдается более быстрый эффект.

Представляют также интерес данные I. M. Marks (1972, 1981), показавшего, что в случае использования иммерсии результаты были выше при следующих условиях: если процедуры проводились непосредственно психотерапевтом, а не с помощью магнитофонной записи самой процедуры иммерсии; если длительность сеанса

была достаточно продолжительной; если достаточно продолжительным был весь курс лечения.

Следует отметить предложенный V. E. Frankl (1975) метод иммерсии, названный им «парадоксальной интенцией». Согласно этому приему в больном, который испытывает определенный страх, поддерживают желание именно того, чего он боится. Метод заключается в «переворачивании» отношения больного к своей фобии; обычная реакция избегания заменяется преднамеренным усилением таким образом, чтобы событие, которого пациент опасается, принимало бы даже комические формы. Так, например, одной больной, страдающей сердцебиением, сопровождающимся выраженной тревогой и страхом внезапно упасть в обморок, психотерапевт посоветовал сказать себе: «Мое сердце будет продолжать биться все сильнее и сильнее, и я потеряю сознание здесь прямо посреди дороги». Он предложил ей специально посещать места, где у нее могли возникнуть сердцебиение и обморок. Спустя две недели больная рассказала, что ее страхи и сердцебиения прошли. По V. E. Frankl, использование этого метода приводит к различной степени улучшения или выздоровления в 75 —77 % случаев.

К методам поведенческой терапии относится также оперантное обусловливание — изменение в желательном направлении поведения пациента с помощью так называемой жетонной системы. Жетоны могут обмениваться при удовлетворяющих психотерапевта формах поведения на всевозможные льготы и предметы, представляющие интерес для больных.

В последние десятилетия поведенческая терапия на западе пытается выйти за узкие рамки взглядов, методических подходов, сформировавшихся ранее. Терапевт-бихевиорист, отмечает J. P. Brady (1976), при решении терапевтических задач пытается опереться на подробную историю болезни и свои наблюдения, ищет связи между типами проблемного поведения и моментами физиологического, поведенческого и средового характера, строит клиническую гипотезу о «значении» симптоматики больного (в плане функциональных взаимоотношений между наблюдаемыми переменными) и проверяет эти гипотезы в ходе лечения. Современный специалист в области поведенческой терапии стремится к комплексному рассмотрению средовых, межличностных и биологических факторов, способствующих поддержанию патологических расстройств.

В клинико-терапевтическом плане эти новые тенденции в развитии поведенческой терапии соответствуют переходу от устранения отдельных симптомов и отдельных форм «неправильного поведения» к лечению более широких болезненных состояний.

Негативное отношение к методам поведенческой терапии, вполне обоснованное и связанное с критикой в нашей литературе их теоретико-методологических основ, в настоящее время у нас сменяется признанием их терапевтической ценности при включении в систему личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии [Зачепицкий Р. А., 1975; Федоров А. П., 1987, и др.].

Следовало бы также отметить, что методы функциональных тренировок, широко применяемые у нас Н. М. Асатиани, И. Е. Вольпертом, М. С. Лебединским, А. М. Свядощем, их последователями и сотрудниками, по существу относятся к группе условнорефлекторных психотерапевтических приемов.

Укажем на несколько методик поведенческой терапии, описанных отечественными авторами.

А. С. Слуцким (1979) предложена методика проведения гипноза в «психотравмирующей обстановке» для лечения фобических состояний. Так, при клаустрофобии этот прием включает в себя постепенное увеличение психологических нагрузок: вначале сеанс гипноза проводится в освещенном гипнотарии, затем в затемненном и, наконец, в абсолютной темноте. Первые сеансы гипноза проводятся врачом в гипнотарии, в дальнейшем вне его путем использования радиосвязи. Для больных с клаустрофобией система гипнотерапевтических «сеансов-тренировок» заканчивается пребыванием в закрытом «на ключ» гипнотарии (больной слышит звук закрывающейся защелки).

Известно, что у больных с фобическими расстройствами нередко развивается ограничительное поведение, выражающееся в отказе от пользования различными видами транспорта (исключение может составить только такси). В нашей клинике, как и в других клиниках неврозов, для преодоления страха перед поездками используются функциональные тренировки: вначале больной совершает поездки в сопровождении медицинской сестры, владеющей методиками поведенческой терапии, а в дальнейшем под ее руководством совершает поездки сам (возрастающей трудности — с учетом длительности расстояния, вида транспорта и т. д.).

Для этих же целей А. С. Слуцким (1979) предложена методика «имитация движений». Используются магнитофонные записи звуков движущегося транспорта, а также изображение самого транспорта с помощью слайдов на экране. Тренировки сопровождаются внушением больному состояния спокойствия, уверенности в себе. Содержание функциональных тренировок (включая и текст самого внушения) определяется клиническими характеристиками страха.

В системе функциональных тренировок речи больных с логоневрозами, разработанных Н. М. Асатиани и сотр. (1975), основным является последовательное, поэтапное вовлечение пациентов во все более широкие речевые коммуникации: в условиях облегчающего речевую деятельность аутотренинга и общения в благоприятной обстановке лечебного коллектива, далее в более сложных условиях речевых коммуникаций in vivo — в обстановке улицы, городского транспорта, в магазине, при разговоре по телефону, в условиях публичного выступления.

Развитие поведенческой психотерапии содержится в системе дисцентной психотерапии, разработанной в ЧССР O. Kondaš (1973). Термин «дисцентный» происходит от лат. discere — узнавать, познавать. В отличие от традиционной терапии поведения здесь придается значение психогенетическим факторам, анализу конфликтной ситуации, историческому принципу развития невротических расстройств, принципу деятельности, находящему свое выражение в активности человеческого обучения с учетом его психосоциального, рационально-когнитивного характера и др. Для устранения страха O. Kondas (1979) использует метод систематической десенсибилизации в виде групповых занятий. Автор рекомендует иметь в виду при воспроизведении ситуаций, вызывающих страх, также действительные события, имевшие место в жизни пациента, предполагая, что такое развитие метода позволит создать прием, названный им «реагирующей десентизацией».

В качестве примера осуществления одной из поведенческих программ, включаемых в систему личностно-ориентированной (реконструктивной) терапии, приводим методику для повышения чувства уверенности в себе у больных с невротическими расстройствами [Безади Б. и др., 1979]. Работа проводилась в нашей клинике в соответствии с планом межинститутского научного сотрудничества Института им. В. М. Бехтерева и Университета

им. Гумбольдта в Берлине (ГДР) и включала несколько этапов: 1) отбор больных для поведенческой тренировки с помощью специального психодиагностического метода; 2) формирование психотерапевтических групп (не менее 5 пациентов мужского и 5 женского пола с различной степенью выраженности чувства неуверенности в себе); 3) проведение функциональных тренировок, основой которых являлись упражнения для повышения чувства уверенности, разработанные по возрастающей степени трудности и предназначенные для применения во время групповых и самостоятельных занятий в естественном для данного пациента окружении.

Тренировка проводится с группой в течение 4 нед 2 раза в неделю. На одном занятии проигрывается не менее 4 ситуаций; в качестве «домашнего задания» предлагается каждый раз выполнить по 3 упражнения. Помимо собственно тренировочных занятий, с пациентами проводится ряд собеседований с целью удовлетворения естественной потребности их высказаться о характере самих упражнений, воздействии их, обсудить личные проблемы или проблемы группы в целом. Подобные собеседования не допускаются во время занятий по функциональной тренировке поведения, так как программа ее должна реализоваться в возможно более стандартных условиях. На первом групповом собеседовании обсуждаются организационные основы проведения тренировки — программа, продолжительность, место и время занятий, цель функциональных тренировок поведения, механизм их воздействия.

Определенные требования предъявляются к психотерапевту, проводящему функциональные тренировки чувства уверенности в себе. По отношению к пациентам психотерапевт должен быть достаточно эмоциональным, относиться к ним с пониманием и теплотой; он обязан проводить тренировку, строго следуя программе, т. е. в выполнении отдельных упражнений должна соблюдаться четкая последовательность. Во время занятий прекращаются всякие дискуссии, касающиеся смысла и полезности отдельных упражнений. Естественно, психотерапевт должен хорошо владеть методикой проведения функциональной тренировки, он следит за тем, чтобы все члены группы принимали участие в проигрывании ситуаций, не допускается пропуск занятий. Не обращая внимания на такие особенности в поведении пациентов, как запинки, оговорки, покраснение, упрямство и др., психотерапевт

в то же время целенаправленно подчеркивает четкую ясную речь, выразительную мимику, изменение позиций в соответствии с изменением ситуации, прямое выражение чувств и пр. Вначале психотерапевт излагает определенную ситуацию и просит всех пациентов записать на листке правильный уверенный ответ. После этого он и один из пациентов проигрывают данную ситуацию, психотерапевт при этом берет на себя роль человека, уверенного в себе. Тем самым он показывает группе модель возможной адекватной реакции на данную ситуацию. Двум пациентам предлагается повторно проиграть ситуацию; каждый пациент должен хотя бы один раз выступить в роли лица с выраженной реакцией уверенности в себе. Психотерапевт закрепляет удачную реакцию, объясняя, что особенно важно для данной ситуации. В случае неудачи тренировку следует повторить. После того как все пациенты повторили упражнение более или менее удачно, психотерапевт переходит к следующей ситуации. Занятие продолжается не более 90 мин. Затем пациенты получают инструкции по проведению трех заданий, которые они должны выполнить дома, на работе, на улице и т. п. Пациенты должны записать, когда, где, с кем и с каким результатом было выполнено задание и насколько уверенно они вели себя в этой ситуации. Аналогично строятся и другие занятия. После усвоения половины всех упражнений с пациентами проводится собеседование, на котором они рассказывают о своих проблемах, делятся опытом, высказывают свое мнение. Основной задачей психотерапевта при таком собеседовании является сохранение у пациентов мотивации к тренировкам поведения. Аналогичная беседа проводится и в конце занятий, причем здесь психотерапевт должен уметь выразить свою уверенность в действенности функциональных тренировок.

После окончания занятий с помощью тех же психодиагностических методик проводится повторное обследование пациентов. Кроме того, дополнительно пациента просят оценить результаты тренировки — стал ли он по сравнению с периодом до ее начала более уверенным в себе, остался таким же, как был, или чувство неуверенности даже возросло.

Исследования, проведенные в нашем отделении Е. И. Голынкиной, показали, что описанная выше методика повышения чувства уверенности в себе является эффективной, причем эффективность ее выше у больных

с высокой мотивацией к участию в занятиях и выполнению заданий (как в плане разыгрывания ролевых ситуаций, так и выполнения домашних заданий). При низкой мотивации к данной форме психотерапии также наблюдалась позитивная динамика показателей психодиагностических методик, однако она была менее выраженной, хотя и превышала аналогичные показатели пациентов контрольной группы.

Поведенческие приемы, несмотря на порой выраженный терапевтический эффект, не являются радикальными видами лечения; они не учитывают особенностей личности больного. Что же касается связей пациента с социальной средой, то анализ их осуществляется преимущественно на уровне одного лишь поведения.

Выше были указаны основные методы психотерапии, применяющиеся при неврозах. Разумеется, в лечении этой группы заболеваний могут с успехом использоваться и другие известные методы психотерапии: библиотерапия [Миллер А. М., 1977; Алексейчик А. Е., 1985], арттерапия [Сабинина-Коробочкина Т. Т. и др., 1982], музыкотерапия [Брусиловский Л. С., 1985; Schwabe Ch., 1972; Geyer M., Schwabe Ch., 1975; Galinska E., 1977; Leder S. et al., 1983], хореотерапия [Aleszko Z., 1975].

Особое место занимают методы психотерапии, не требующие непосредственного участия врача (психолога) и использующие современные технические средства. В нашей стране и в особенности за рубежом получают распространение психотерапевтические сеансы в звукозаписи (пластинки, магнитофонные ленты) и специальные фильмы, которые могут транслироваться по радио и телевидению одновременно для больших групп людей, например для отдельных палат, отделений, санаториев и т. д. Указанные формы психотерапии оправдывают себя в той мере, в какой возможен отказ от обратной связи (больной — психотерапевт). Очевидно, это неизбежно при работе с большими коллективами, где даже при наличии психотерапевта его возможности получать информацию о всех больных и контролировать сам процесс психотерапии и его эффективность ограничены. К определенным достоинствам рассмотренных вариантов психотерапии можно отнести то, что в этих случаях опыт наиболее квалифицированных и искусных психотерапевтов может быть использован применительно к широкому кругу больных.

В настоящее время мы являемся свидетелями даль-

нейшего увеличения числа психотерапевтических методик. Возникает опасность ситуации, о которой еще на II симпозиуме социалистических стран по психотерапии в Варшаве (1976) говорил S. Leder: для кого предназначены эти психотерапевтические методики — для больного или больной для методик?

Поэтому правильный учет принципов личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии и психотерапии с преимущественно симптоматическим действием является определяющим при постановке целей, задач и выборе конкретных методов психотерапии и их сочетаний, учитывающих клиническую, психофизиологическую, психологическую специфику невротического состояния на разных этапах лечения.

Глава 8. ФАРМАКОТЕРАПИЯ И ДРУГИЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ НЕВРОЗОВ

Наряду с методами психотерапии широкое распространение при лечении неврозов получили фармакологические, в особенности психотропные, средства. Это объясняется, с одной стороны, несомненными успехами фармакологии, а с другой — по-видимому, невозможностью удовлетворения в настоящее время потребности в квалифицированной психотерапевтической помощи всех, кому она показана и у кого может быть эффективной, прежде всего из-за больших затрат времени. Напротив, фармакологические препараты широко доступны и на современном этапе отличаются высокой избирательной эффективностью и быстротой действия.

Однако использование фармакологических препаратов в клинике неврозов нередко встречает возражения и рассматривается как своего рода капитуляции психотерапевта перед больным. При этом исходят из того, что последовательное рассмотрение неврозов как психогенных заболеваний определяет и ведущий метод их лечения, именно каузальную психотерапию, в то время как фармакотерапия, в том числе с помощью психотропных средств, оказывает при неврозах преимущественно симптоматический эффект. Действие этих препаратов развертывается на относительно более низких уровнях механизмов развития невротических состояний, пока еще достаточно далеких от этиопатогенетических механизмов,

к которым по сути и обращена личностно-ориентированная (реконструктивная) психотерапия.

Хотя использование психотропных средств ориентируется скорее на эмоциональное состояние и лишь опосредованно через него — на патогенные обстоятельства и личность, тем не менее существует ряд положительных сторон их действия. В отличие от тезиса о капитуляции перед больным неврозом в случае активного использования психотропных средств сторонники их, не противопоставляя психотерапии фармакотерапию, видят основное назначение последней в том, что она «открывает двери для психотерапии». Даже кратковременное симптоматическое улучшение состояния в начале лечения облегчает психотерапевтический контакт, в частности, повышая веру больного в выздоровление. Психотропные средства, оказывая нормализующее влияние на эмоциональную сферу больных, создают условия для быстрого и более конструктивного участия индивида в разрешении психотравмирующих обстоятельств, вызвавших невротическую декомпенсацию и поддерживающих ее.

Таким образом, лишь система психотерапевтических и фармакотерапевтических воздействий служит той основой, которая может обеспечить наилучшие условия для устранения невроза, соотношение же этих компонентов должно определяться с учетом конкретных обстоятельств. Чем более выражены в сложном патогенезе невроза биологические механизмы, тем большее значение приобретает применение лекарственной терапии. Вместе с тем, как это уже подчеркивалось ранее, при всей важности и перспективности биологических видов лечения последние в большинстве случаев, особенно при неврозах развития, решают не стратегические задачи достижения более длительного и устойчивого терапевтического результата, а лишь тактические, что определяется психогенной природой этих заболеваний. Это не исключает того положения, что при достаточном знании патогенеза невротического состояния и целенаправленном применении психотропных средств для воздействия на те или иные его звенья действие фармакологических веществ, по крайней мере в отношении отдельных симптомов и синдромов, может приближаться к патогенетическому.

Опыт многолетней фармакотерапии в нашей клинике [Тупицын Ю. Я., 1973; Карвасарский Б. Д. и др., 1984] позволяет указать прежде всего на ряд общих особенностей действия лекарственных средств при неврозах.

Большое значение приобретает учет высокой чувствительности больных неврозами к фармакологическим, в том числе психотропным, средствам. В связи с задачами лечебной практики представляется важным рассматривать повышенную чувствительность больных неврозами к лекарственным средствам в двух планах — биологическом и психологическом. Повышенная чувствительность лиц, страдающих истерией, неврастенией и другими формами неврозов, к химическим, физическим раздражителям вследствие нарушения при неврозах кортико-гипоталамо-гипофизарных связей хорошо известна. С одной стороны, это обстоятельство диктует необходимость установления оптимальных дозировок психотропных средств, начиная с самых минимальных доз, что особенно существенно при назначении производных фенотиазина: левомепромазина (тизерцина), тералена, френолона и др. С другой стороны, врач должен хорошо знать детали психических и соматовегетативных сдвигов, характерных для применяющихся психотропных средств, с тем чтобы заранее предупредить о них больного и избежать его негативных психологических реакций. Недоучет этого обстоятельства, к сожалению, нередко является фактором, компрометирующим психотропные препараты, что создает серьезные психотерапевтические трудности для их применения, в том числе и в тех случаях, когда назначение их безусловно показано.

Всех больных неврозами можно разделить на лиц, положительно и отрицательно относящихся к фармакологическим препаратам. Первые считают лекарственные средства, особенно новейшие, обязательным условием их выздоровления, они нередко крайне негативно относятся к психотерапии. Эти больные, будучи, как правило, самолюбивыми, скрытными, не склонны делиться с врачом своими переживаниями, нередко считают это ненужным, уверяют при этом, что в их жизни все обстоит благополучно. Вторая группа больных выражает отрицательное отношение к фармакотерапии, что обусловлено рядом причин: отсутствием эффекта от ранее назначавшихся препаратов, опасением некоторых побочных действий и даже минимальных изменений самочувствия, вызванных лекарствами. Нередко источником отрицательного отношения больных неврозами к лекарственным препаратам является неправильная информация, полученная от других больных, среднего медицинского персонала или при чтении аннотаций, на основании чего делается вывод, что

психотропные средства применяются только при шизофрении, маниакально-депрессивном психозе и других психических заболеваниях. Подобное негативное отношение больных неврозами к назначаемым лекарственным препаратам крайне затрудняет проведение фармакотерапии и в отдельных случаях даже искажает истинное действие психотропного средства.

Адекватная психотерапевтическая коррекция нередко с компонентами прямой или косвенной суггестии является непременным условием последующего эффективного использования фармакологических препаратов в общем комплексе лечения больных неврозами.

Вопросам фармакотерапии нервно-психических заболеваний с помощью психотропных средств посвящен ряд монографий и специальных работ [Авруцкий Г. Я., Недува А. А., 1981; Вальдман А. В., Александровский Ю. А., 1987; Мехилане Л. С., 1987, и др.].

Из всех основных групп психофармакологических средств — нейролептиков, антидепрессантов, транквилизаторов, психостимуляторов — при неврозах наиболее широкое применение получили транквилизаторы, в основном производные бензодиазепина: диазепам (седуксен, валиум, апаурин, реланиум, сибазон), хлордиазепоксид (либриум, элениум, напотон), нитразепам (эуноктин, радедорм, могадон), оксазепам (тазепам, адумбран, нозепам), медазепам (рудотель, нобриум), лоразепам (ативан), феназепам, тофизопам (грандаксин). В лечебной практике используются также транквилизаторы, не являющиеся производными бензодиазепина, такие как мепротан (мепробамат, андаксин), триметоксазин (триоксазин), клобазам (фризиум), амизил (бенактизин), мебикар, фенибут и близкие к транквилизаторам тиоридазин (меллерил, сонапакс), неулептил и др.

Под влиянием транквилизаторов в первую очередь уменьшается эмоциональная возбудимость и эффективная насыщенность невротических переживаний, нарушения засыпания и вегетативные дисфункции, затем депрессивные расстройства, повышенная истощаемость, раздражительность и т. д. Менее подвержены лечебному влиянию транквилизаторов навязчивости, интрасомнические и постсомнические расстройства.

Некоторые конкретные данные, касающиеся применения отдельных транквилизаторов и других психотропных средств при неврозах, будут приведены ниже, при рассмотрении особенностей биологической терапии основных

невротических синдромов. По отношению к психотропным средствам это тем более адекватно, поскольку, как отмечают Г. Я. Авруцкий. А. А. Недува (1981), А. В. Вальдман, Ю. А. Александровский (1987), Л. С. Мехилане (1987), в действии транквилизаторов, как и других психотропных средствах, на психопатологическую симптоматику отмечается определенная избирательность и выбор психотропного препарата основывается прежде всего на характере ведущего синдрома, типа и этапа невротического состояния.

Подчеркивается также, что в целом при остро возникающих, эмоционально насыщенных и мало связанных с личностью больного невротических проявлениях можно достичь бóльших терапевтических результатов, чем при вяло текущих, менее эффективно заряженных, длительных невротических состояниях, при которых отмечается «сплав» невротического с личностью больного, его отношениями, установками, тенденциями.

Как указывалось выше, помимо транквилизаторов, при неврозах используются и другие психотропные средства — психостимулирующего (сиднокарб), нейролептического [так называемые малые нейролептики: френолон, тиоридазин (меллерил, сонапакс), терален] и антидепрессивного действия (антидепрессанты-седатики: амитриптилин и др.).

Традиционно при неврозах широко применяются лекарственные препараты общеукрепляющего (фитин, кальция глицерофосфат, липоцеребрин, глюкоза, инсулин, витамины), седативного (бромиды, валериана), стимулирующего (женьшень, пантокрин, китайский лимонник, элеутерококк, алоэ, ФиБС) действия, вегетативные «гармонизаторы» (беллоид, беллатаминал). Арсенал этих средств постоянно пополняется. Так, в последние годы при неврозах стали широко применяться церебролизин, ноотропы — аминалон, пирацетам (ноотропил), пиридитол (энцефабол), ацефен (центрофеноксин), фенибут и др.

Издавна при лечении неврозов широко используются физические и курортные методы. Вряд ли найдется сейчас исследователь, который всю эффективность физиотерапии и санаторно-курортных факторов попытается свестии к одному лишь психотерапевтическому действию. К настоящему времени во многом раскрыты нейрофизиологические и нейрохимические механизмы лечебного действия физических методов. Вместе с тем многочислен-

ными исследованиями было показано, что условнорефлекторные механизмы в процессе физиотерапии могут как усиливать, так и тормозить безусловные механизмы. Термин «вооруженное внушение» как раз и подчеркивает тот факт, что в действии любого лечебного средства, любой физиотерапевтической процедуры необходимо учитывать в различной степени выраженный психотерапевтический компонент. С ним связана возможность потенцирования лечебного эффекта разнообразных физических и курортных факторов непреформированной (грязи, вода, солнце, климат, питание) и преформированной природы (электро-, свето-, теплолечение, лечебная физкультура, режим), включая такие формы, как эстетическое воздействие окружающей природы, спортивные игры, экскурсии и т. д. [Вельвовский И. З., 1966; Филатов А. Т. и др., 1983]. О значении физических и курортных факторов в лечении невротических расстройств убедительно свидетельствуют широкое их использование в комплексном лечении неврозов и значительный процент лиц, направляемых на лечение в санатории [Ежова В. А., и др., 1974; Ульянова Л. А., 1981, и др.].

Факторами лечебного эффекта физических и курортных средств является их действие, направленное на нормализацию нейродинамики, устранение нейровегетативных и нейросоматических дисфункций и т. д. Санаторное лечение при неврозах, за исключением наиболее легких их форм, правильнее рассматривать как один из последних этапов в ступенчатой системе лечения и реабилитации.

Одним из методов рефлекторной физической терапии является иглоукалывание. Метод основан на фило- и онтогенетической взаимосвязи определенных участков кожи через нервную и гуморальную систему с внутренними органами. Исходя из этого, применение его при неврозах, заболеваниях, характеризующихся выраженной неустойчивостью основных нервных процессов и вегетативных функций, вполне оправдано. Особенность метода — строгая локальность, возможность непосредственного воздействия на нервные окончания и разные уровни нервной системы. Выбор точек и сочетания их строго индивидуализируются. Применяются точки отдаленно-рефлекторного действия, оказывающие регулирующее влияние на функциональное состояние нервной системы в целом, точки метамерно-сегментарного действия, особенно широко использующиеся при нейровегетативных

и нейросоматических расстройствах, а также точки локального действия, которые рассматриваются как симптоматические. С целью воздействия на нейродинамику лечение больных неврозами во всех случаях целесообразно начинать с применения иглоукалывания в точки общего действия. Затем, учитывая особенности клинических проявлений заболевания, с 3—4-го сеанса присоединяются воздействия в точки сегментарного и локального действия. Таким образом, при неврозах в процессе иглоукалывания обычно участвуют точки всех трех категорий.

В работе, выполненной нами совместно с О. В. Домогаровой и В. К. Мягер [Домогарова О. В. и др., 1966], иглоукалывание использовалось при лечении 456 больных неврозами. Применялся так называемый тормозной метод (I и II варианты) иглоукалывания с оставлением игл в активных точках кожи на 10—30 мин и более. Иглоукалывание проводили ежедневно или через день. Количество процедур колебалось от 7 до 20 и зависело от клинической динамики. Обычно проводили 1—2—3 (реже 4) курса с перерывами между курсами 7—14—20 дней. В дальнейшем у многих больных осуществляли так называемую поддерживающую терапию с проведением коротких курсов или отдельных редких процедур, что до некоторой степени позволяло увеличить терапевтическую эффективность метода. Большинство нейросоматических нарушений требует сочетанного иглоукалывания в точки как отдаленно-рефлекторного, так и метамерно-сегментарного и локального действия, хотя иногда эффективным было уже одно только иглоукалывание, проводимое в точки отдаленно-рефлекторного действия.

Е. С. Некрасовой (1982) и др. показана высокая эффективность иглоукалывания при неврастении (особенно гипертонической форме), меньшая при истерии и неврозе навязчивых состояний. Однако при наличии у больных истерией и неврозом навязчивых состояний значительных вегетативных дисфункций и нейросоматических нарушений целесообразно использование иглоукалывания в качестве одного из дополнительных методов в комплексном лечении и этих больных. Не вызывает сомнений целесообразность при неврозах психотерапевтического опосредования и потенцирования иглоукалывания. Автором отмечено также положительное действие при неврозах лазеротерапии.

В. Д. Кочетковым и соавт. (1983, 1988) исследовались

механизмы лечебного действия и эффективность иглорефлексотерапии при неврозах и основных наиболее часто встречающихся невротических синдромах (астеническом, депрессивно-ипохондрическом и др.) и рекомендованы методики применения данного метода.

В 50-х годах широкое применение при лечении неврозов получил электросон, вызываемый импульсными токами низкой частоты. Сам термин «электросон» был предложен еще в 1902 г. французским исследователем Leduc, однако в условиях доминирования психоанализа его работа была предана забвению. В последний период интерес к этому виду терапии значительно возрос, в том числе его применяют при неврозах [Беляев В. Н., 1969; Бранков Ц., 1972, и др.]. Используется также методика ритмотерапевтического сна, при которой в отличие от классического электросна погружение в дремотное состояние и сон вызываются неконтактными дистантными воздействиями, генерируемыми электроприборами [Рабичев Л. Я. и др., 1976].

Вопросы лечения неврозов, прежде всего затяжных их форм, в санаторно-курортных условиях разработаны Л. А. Ульяновой (1981).

Прежде чем перейти к изложению особенностей различных видов симптоматической терапии (медикаментозной, физиотерапии и т. д.) при отдельных невротических синдромах, следует акцентировать внимание на том, что все эти виды терапии оказываются эффективными, если они проводятся в системе личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии, выступающей в качестве метода, определяющего непосредтсвенный и в особенности отдаленный исход при неврозах.

Тревожно-фобический синдром. Больным с навязчивыми страхами, напряженностью и тревогой показаны препараты бензодиазепинового ряда, наиболее эффективными из которых являются хлордиазепоксид (элениум) — 20—60 мг, диазепам (седуксен) — 15—20 мг, феназепам — 1,5—2 мг в сутки и др. При выраженном тревожно-фобическом синдроме более эффективно введение диазепама парентерально. Сравнительно менее эффективны психотропные средства (как и в целом медикаментозная терапия) при отвлеченных навязчивых переживаниях. Терапевтического эффекта при фобиях и обсессиях можно добиться, применяя средние дозы малого нейролептика с транквилизирующим действием — френолона (20—30 мг в сутки). При нозофобиях и страхах с риту-

альными действиями, при тяжелых обсессиях (контрастные представления, страх загрязнения, навязчивые движения) используют сочетания диазепама (20—40 мг) или феназепама (1,5—2 мг) с амитриптилином (50—75 мг в сутки) и сочетания транквилизаторов с нейролептиками. При выраженных вегетативных проявлениях назначают вегетативные «гармонизаторы», седативные средства, физиотерапию, иглорефлексотерапию.

Ипохондрический синдром. Показаны средства общеукрепляющего действия, транквилизаторы. Антидепрессанты в небольших дозировках (мелипрамин), психостимулирующие средства (сиднокарб — 10—15 мг в сутки, сиднофен), ноотропы. Рекомендуется также трудовая терапия, ЛФК, физиотерапия. При астеноипохондрическом синдроме полезны транквилизаторы с активирующим и стимулирующим эффектом, отдельные антидепрессанты (амитриптилин — до 100 мг в сутки в 3—4 приема). При лечении ипохондрических фобий используют средства, рекомендованные для терапии фобического синдрома (главным образом транквилизаторы); при включениях в структуру ипохондрического синдрома дистимических проявлений полезны также антидепрессанты.

В последнее время для лечения стойких ипохондрических состояний при затяжных неврозах предложено сочетанное воздействие иглорефлексотерапии с модификацией аутогенной тренировки [Некрасова Е. С., 1982]. Во время АТ пациенты фиксируют «преднамеренные» ощущения от иглы и сосредоточивают внимание на импульсах, возникающих под иглой. Больным предлагается активно вызывать ощущения, испытываемые от акупунктуры; предполагается, что при этом образуются новые условнорефлекторные связи и под действием психотерапии включается звено корковой регуляции. При неврозах с ипохондрическим синдромом, особенно у больных с истерией, отмечена значительная эффективность лазеротерапии лучом гелий-неонового лазера на кожные проекции точек акупунктуры.

Депрессивный синдром. При невротических депрессиях показаны антидепрессанты, транквилизаторы и психостимулирующие препараты. В случае астенодепрессивного синдрома следует назначать диазепам, триоксазин, нуредал, сиднокарб, тревожно-депрессивного — амитриптилин, феназепам, диазепам, меллерил; при нарушениях сна — нитразепам; при невротической депрессии в структуре истерических затяжных неврозов рекомендуются ма-

лые нейролептики, а также их комбинации с антидепрессантами-седатиками (амитриптилин). Назначение антидепрессантов с выраженным стимулирующим действием (мелипрамин) в этом случае может способствовать наряду со снижением депрессивных расстройств, усилению истерической симптоматики.

Астенический синдром. Соматотерапия проводится дифференцированно с учетом характера астении. При гиперстенических проявлениях используют прежде всего седативные и транквилизирующие средства: бромиды, настойку валерианы, ландыша, хлордиазепоксид, а также терален и другие малые нейролептики в небольших дозах. При гипостении показаны легкие стимуляторы (женьшень, китайский лимонник, элеутерококк, сиднокарб — 10—20 мг в сутки, последний прием не позднее 17 ч). При собственно астенических проявлениях, более характерных для затяжных форм неврозов, проводят общеукрепляющее лечение витаминами, биостимуляторами (алоэ, ФиБС), полезны АТФ, ноотропы (аминалон, пирацетам, пиридитол), препараты из группы актопротекторов (бемитил и др.), а при выраженной астении — инсулинотерапия малыми дозами (от 4 до 15—20 ЕД, 10 инъекций под кожу или внутримышечно с введением через 2 ч 20 мл 40 % раствора глюкозы внутривенно). При гипостенических расстройствах могут быть применены транквилизаторы, обладающие активирующим действием: диазепам и триоксазин.

При выраженных вегетативных дисфункциях в структуре астенического синдрома рекомендуют беллоид, белласпон, назначают иглорефлексотерапию, электросон, общий электрофорез брома, гальванизацию по Бургиньону. В комплексе лечебных мероприятий используют оксигенотерапию, массаж, ЛФК, климатолечение.

Вегетативные и диэнцефальные расстройства. Лечение направлено на уменьшение степени вегетативных дисфункций в межпароксизмальном периоде и купирование вегетативных пароксизмов. Первая задача решается с учетом преобладания исходного тонуса вегетативной нервной системы. Так, при повышенном тонусе симпатико-адреналовой системы и одновременной недостаточности компенсаторных проявлений со стороны парасимпатического отдела рекомендуется сочетание симпатолитических (никотиновая кислота, анаприлин и др.) и холиномиметических (калий, небольшие дозы инсулина) средств. При преобладании тонуса вагоинсулярной сис-

темы применяют холинолитические средства либо центрального, либо периферического действия (в зависимости от уровня поражения): амизил, препараты белладонны. При относительной недостаточности симпатико-адреналовой системы показаны препараты кальция, аскорбиновая кислота, витамин B_1. В тех случаях, когда имеются нарушения функции симпатического и парасимпатического отделов вегетативной нервной системы, применяют средства, воздействующие на оба ее отдела (беллоид, беллатаминал и др.). Из физиотерапевтических методов рекомендуется интраназальный электрофорез хлорида кальция для снижения тонуса симпатико-адреналовой системы и димедрола — при нарушениях парасимпатического тонуса, на курс — 15—20 процедур.

При кризах симпатико-адреналового характера показан электрофорез эуфиллина на воротниковую область, а при явлениях симпатико-адреналовой недостаточности — адреналина, на курс — 15 процедур. Для купирования симпатико-адреналовых кризов назначают препараты, обладающие адренолитическим действием (пирроксан), вагоинсулярных — дифацил, апрофен. Широко используют для этих целей антигистаминные средства (димедрол, супрастин), а также транквилизаторы бензодиазепинового ряда. Наиболее эффективен для купирования вегетативно-диэнцефальных кризов диазепам. Не обладая ни адренолитическим, ни холинолитическим действием, диазепам блокирует патологические импульсы, исходящие из подбугровой области, на уровне глубоких отделов мозга. Рекомендуются также различные «диэнцефальные» смеси [Громов С. А., 1978], включающие в разных сочетаниях адренолитические средства (аминазин, пирроксан), антигистаминные (димедрол, супрастин), транквилизаторы (диазепам, хлордиазепоксид) и др.

Некоторым больным неврозами при плохой переносимости препаратов назначать эти сочетания нужно в минимальных дозировках.

Терапия функциональных **сердечно-сосудистых расстройств** проводится с учетом направленности вегетативного тонуса, зависящего от типа психопатологических нарушений. Для тревожного синдрома характерно усиление симпатико-адреналовых влияний, для ипохондрического и депрессивного — парасимпатических. Состояние вегетативного тонуса при фобическом синдроме характеризуется активацией обоих отделов вегетативной нервной

системы с развитием гиперамфотонии [Якубзон А. М., 1988].

Основной группой препаратов, используемых для лечения тахикардиального варианта сердечно-сосудистых расстройств, протекающих с увеличением частоты сердечных сокращений и повышением артериального давления, являются бета-адреноблокаторы, оптимизирующие работу сердца. Они эффективны также как антиангинальные средства, так как накопление молочной кислоты в результате гиперкатехолемии выступает ведущим фактором в генезе кардиалгии. Для «базисной» терапии рекомендуются бета-адреноблокаторы преимущественно кардиоселективного действия (корданум по 0,05 г 3 раза в день).

Из неселективных препаратов предпочтительнее тразикор (0,02 г 4 раза в день), вискен (0,005 г 3 раза в день). При значительной тахикардии и пароксизмальных вегетативных нарушениях целесообразно применение анаприлина (0,01 г 4 раза в день).

Для снижения симпатического тонуса из препаратов преимущественно вегетотропного действия используются грандаксин (0,05 г 3 раза в день), периферические холинолитики (беллоид, беллатаминал по 1 таблетке 2—3 раза в день), дигидроэрготамин, обладающий периферическим адренолитическим действием (по 10—20 капель 2—3 раза в день), альфа-адреноблокаторы (пирроксан — 0,03 г 3 раза в день).

При гипокинетических сердечно-сосудистых расстройствах, в основе которых лежит усиление парасимпатических влияний, рекомендуются сосудореактивные препараты антиоксидантного действия: рибоксин (0,2 г) по 1—2 таблетки 3 раза в день, этимизол (0,1 г 3 раза в день) в сочетании с лигандами бензодиазепиновых рецепторов (никотинамид по 0,025 г 2 раза в день). При лечении гипокинетического синдрома эффективно использование нонахлазина (0,03 г 4 раза в день), обладающего кардиостимулирующим эффектом, который достигается стимуляцией бета-адреноструктур миокарда.

Возможно применение сосудорасширяющих препаратов, улучшающих периферическое кровообращение. К ним относятся миотропные препараты (папаверин — 0,04 г 3 раза в день), периферические вазодилататоры (миноксидил — 0,001 г 2 раза в день), кальциевые антагонисты (коринфар — 0,01 г 4 раза в день, финоптин — 0,04 г 4 раза в день), препараты никотиновой кислоты (теони-

кол), а также средства, улучшающие реологические свойства крови (трентал).

Для снижения активности парасимпатического отдела применяют м-холинолитики (амизил — 0,001 г 3 раза в день), препараты кальция (глюконат, лактат — 0,5 г 3 раза в день), бутироксан.

При терапии гиперамфотонии широкое распространение нашли ганглиоблокаторы (ганглерон в капсулах по 0,04 г 2—3 раза в день), применяемые короткими курсами до 10—15 дней. Эффективен тропафен, соединяющий в себе качества альфа-адреноблокатора и атропиноподобные свойства. Применяют парентерально по 0,02 г внутримышечно или подкожно.

Не следует без надобности назначать пациентам с невротическими сердечно-сосудистыми расстройствами локальные физиотерапевтические процедуры на область сердца в силу их нередкого побочного ятрогенного влияния на больных [Страумит А. Я., 1973].

Л. А. Ульянова (1980) указывает на терапевтическую эффективность при указанных расстройствах сероводородных и йодобромных ванн, а также ультразвуковой ингаляции седативных средств.

Невротические нарушения функции дыхания обычно специального фармако- и физиотерапевтического лечения не требуют. Проводится комплекс дифференцированных лечебных воздействий, направленных как на личность больного в целом, так и на отдельные звенья патологического процесса, который включает в себя: 1) личностно-ориентированную (реконструктивную) психотерапию, 2) устранение общеневротических симптомов с помощью традиционных средств, 3) АТ — органотренировку по специальной методике, 4) режим молчания или ограничения речи, рекомендуемые некоторым больным, 5) постановку речевого дыхания и темпа речи, 6) дыхательную гимнастику с акцентом на наиболее полном выдохе, 7) обучение специальному приему преодоления возникающего ощущения «нехватки воздуха», 8) устранение ЛОР-патологии, нарушающей функцию внешнего дыхания.

Важным лечебным фактором является овладение больными специальным приемом преодоления ощущения «нехватки воздуха», суть которого заключается в том, что при возникновении симптомов одышки больной не стремится тотчас же хватать воздух ртом, а, напротив, вначале делает как можно полнее активный выдох

через рот, держа губы трубочкой, за счет сокращения мышц брюшной стенки, более полного сжатия грудной клетки приведением плеч и легкого наклона туловища вперед. После активного полного выдоха следует пауза 2—3 с, и только затем больной плавно производит вдох через нос за счет распрямления туловища, слегка притормаживает волевым усилием желание вдохнуть форсированно и глубоко. Этот прием, продемонстрированный вначале врачом и бывшими пациентами, быстро усваивается первичными больными.

Больным во время приступа ларингоспазма, возникающего в связи с волнениями или поперхиваниями, рекомендуется наклониться вперед ниже пояса и в этом положении, задержав дыхание на несколько секунд, расслабиться, успокоиться и только после этого совершать легкие дыхательные движения, несмотря на возможное императивное желание дышать более интенсивно.

При проведении гетеротренинга, когда наметился сдвиг к улучшению состояния больных, вводится формула внушения свободного, легкого дыхания. Если у пациента в ответ на это не отмечается болезненной фиксации на акте дыхания, ухудшающей его, в гетеро- и аутотренинг вводят упражнения дыхательной гимнастики. Более подробно лечение невротических нарушений дыхания представлено в монографии Б. Д. Карвасарского и В. Ф. Простомолотова (1988).

Невротические нарушения функции желудочно-кишечного тракта. Включение в комплексную терапию таких больных наряду с психотерапией и фармакологических средств приобретает как прямую (биологическую), так и косвенную (психотерапевтическую) роль [Крылова Г. С., 1988]. В связи с этим больным нужно подробно объяснять механизм действия того или иного препарата, точно указывать время его приема (до или после еды, с обозначением временны́х промежутков). При рвоте показаны умеренная щадящая диета, прием пищи небольшими порциями, спазмолитические средства, эглонил и церукал. Для быстрого купирования приступа невротической рвоты весьма эффективны одновременные однократные внутримышечные введения 5 мл 5 % раствора барбамила и 1—2 мл 10 % раствора кофеин-бензоата натрия. При неврогенной рвоте типа срыгивания, в основе которой, как правило, лежит стойкое угнетение первой (нервно-рефлекторной) фазы пищеварения, с успехом может применяться разгрузочная диетотерапия. При нарушениях

кислотообразующей функции желудка рекомендуется ряд препаратов. В случае понижения кислотообразующей функции целесообразно использовать абомин, содержащий протеолитические ферменты. Абомин назначают внутрь во время еды по 1—2 таблетки 3 раза в день в течение 1—2 мес. Плантаглюцид, содержащий смесь полисахаридов, назначают внутрь в виде гранул по 0,5—1 чайной ложке на четверть стакана теплой воды 2—3 раза в день в течение 3—4 нед. При значительном повышении кислотообразующей функции желудка используют холинолитики в индивидуально подобранных дозах (атропин, метацин, платифиллин, H_2-блокаторы гистамина — циметидин, гистодил, ранитидин и др.). При спастических расстройствах органов пищеварения показаны галидор, спазмалгон, датискан, феникаберан. В случае ахилии и сопутствующей кишечной диспепсии показаны ферментные препараты (фестал, дигестал, панзинорм, селизим и др.). В качестве дополнительной терапии могут быть использованы средства, относящиеся к фитотерапии. В состав лекарственных сборов включают растения, обладающие различными свойствами. К болеутоляющим растениям относят мяту, аир, анис, спорыш, лен, чистотел. Седативный эффект имеют аир, валериана, душица, календула, пустырник, тысячелистник, фенхель. В ряде случаев целесообразно назначение лечебных минеральных вод. При сниженной секреторной функции желудка рекомендуются более минерализованные воды, содержащие хлориды и сульфаты; при повышенной секреторной функции желудка применяют минеральные воды с малой или средней минерализацией. При невротических расстройствах желудочно-кишечного тракта показана также иглорефлексотерапия.

При синдроме нервной анорексии (невротической природы) М. В. Коркина и соавт. (1986) выделяют два этапа лечения основного заболевания: неспецифического, направленного на улучшение соматического состояния (терапия одинакова для всех больных независимо от нозологии нервной анорексии), и специфического, предусматривающего лечение основного заболевания. В рамках первого этапа рекомендуются общеукрепляющие и улучшающие деятельность сердечно-сосудистой системы средства, дробное питание небольшими порциями, постельный режим после каждого приема пищи в течение 1,5—2 ч. Больным с другими пограничными состояниями авторы рекомендуют с самого начала лечения прием 10 мг фре-

нолона либо 10 мг седуксена или элениума, которые не только снижают эмоциональное напряжение, но и обладают стимулирующим аппетит действием, будучи в то же время малотоксичными. Дозы френолона в ходе лечения увеличивают до 20—30 мг. Целесообразно лечение больных с синдромом нервной анорексии невротической природы проводить в специализированных отделениях неврозов, где наряду с указанным лечением в качестве ведущих могут осуществляться методы каузальной (в том числе семейной) и симптоматической психотерапии (различные формы суггестии, аутогенная тренировка). Используется также поведенческая терапия [Cinciripini P. M. et al., 1983].

Лечение невротических расстройств мочевыделения может быть эффективным только в том случае, если оно направлено на устранение общеневротических расстройств, нормализацию рефлекторной деятельности почек и мочевого пузыря, коррекцию нарушенных отношений личности.

Устранение первой группы расстройств достигается традиционными средствами: медикаментами (преимущественно транквилизаторами) и АТ по общепринятым методикам; второй — посредством рациональной психотерапии, гипносуггестии, АТ-органотренировки, иглорефлексотерапии, функциональных тренировок; третьей — проведением личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии.

Пациенты с «мочевой застенчивостью», испытывающие затруднения при мочеиспускании в присутствии посторонних, должны знать, что чрезмерное напряжение мышц брюшного пресса и промежности, производимое ими, приводит к обратному желаемому результату — затруднению или же вовсе прекращению мочеиспускания, что «надо быть рассеянным, чтобы хорошо помочиться» [Raymond F., 1903].

Эффективность гипносуггестии при лечении невротических расстройств системы мочевыделения отмечалась многими авторами. Даже P. Dubois, разработавший метод рациональной психотерапии, противник внушения и гипноза, вынужден был признать, что «это как раз та исключительная область, в которой я не прочь прибегнуть к гипнозу». Формулы внушения, в том числе «вооруженного», опосредованного, должны быть составлены таким образом, чтобы определить ритм и объем потребляемой жидкости и выделяемой мочи, побуждаемые

соответствующими ощущениями. Так, например, при функциональной полиурии необходимо в первую очередь дезавуировать чувство жажды, определяющее полидипсию: «С каждым сеансом (с каждым приемом лекарства) жажда уменьшается, уходит!» — и указать количество стаканов воды, выпиваемых в определенные часы суток. Эффективны сеансы суггестии, проводимые высокоэмоционально (эмоционально-стрессовая психотерапия по В. Е. Рожнову).

При проведении аутогенной органотренировки необходимо совместо с пациентами подобрать лечебные формулы намерения, цели. При соответствующих вариантах нарушений мочевыделения они могут выглядеть ориентировочно так: «Я свободно раскованно, уверенно чувствую себя вне дома (в транспорте, в кино, в любом месте)! Позывы мочиться возникают только дома (и на работе) при полном мочевом пузыре». «Я свободно, раскованно, расслабленно чувствую себя в общественном туалете: до посторонних мне нет дела, мочусь свободно, как будто я один». Во время сеансов органотренировки, добившись успешного выполнения 5-го стандартного упражнения по И. Шульцу (явственное ощущение тепла в области солнечного сплетения разливается по всему животу), следует вызывать ощущение расслабленности, покоя, легкого тепла внизу живота в области мочевого пузыря.

Необходимо вновь подчеркнуть, что рациональная психотерапия, методы симптомоцентрированной психотерапии могут обеспечить при невротических расстройствах мочевыделения устойчивый лечебный эффект лишь при их сочетании с личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапией.

Вопросам терапии **сексуальных расстройств** невротического генеза посвящена литература, указанная ранее, при описании их клинических проявлений. Всеми авторами подчеркивается определяющее значение психотерапии в комплексном лечении сексуальных расстройств у больных неврозами. Вместе с тем в качестве симптоматических средств, сугубо дифференцированно в соответствии с формой расстройства потенции, используются медикаментозные средства — общеукрепляющие, тонизирующие, седативные, транквилизирующие и гормональные [Буртянский Д. Л., Кришталь В. В., 1974, и др.].

При первичной импотенции, вызванной ситуационными моментами (неудачный половой акт с последующей невротической фиксацией), авторы рекомендуют триокса-

зин и мепротан (мепробамат) в обычных дозировках, так как они, не снижая возбудимости сегментарного аппарата спинного мозга, оказывают транквилизирующее действие на больных. Не следует назначать элениум и диазепам, которые, судя по имеющимся данным, могут снижать либидо и эрекцию. Показан также френолон в небольших дозах. При наличии преждевременного семяизвержения назначают внутримышечные инъекции 25 % раствора сульфата магния (5—10 мл, на курс 10—15 инъекций). При этой же форме импотенции полезны морские или хвойные ванны, сегментарный душ на пояснично-крестцовую область, фарадизация внутренних поверхностей бедер, дарсонвализация этих же областей и промежности. При наличии расстройств нервной регуляции сексуальной функции вследствие пользования техникой прерванного или продолженного полового акта рекомендуются алоэ, ФиБС, прозерин, витамин B_1. Показаны углекислые или радоновые ванны, восходящий душ. При абстинентной форме (в случае, например, вынужденного длительного полового воздержания) рекомендуется общеукрепляющее, тонизирующее лечение в сочетании с небольшими дозами гормональных препаратов. Здесь также показаны водолечение и физиотерапия (радоновые, кислородные ванны, восходящий душ, фарадизация внутренних поверхностей бедер или дарсонвализация этих же областей). Мужские половые гормоны — тестостерон-пропионат, метандростенолон (неробол), сустанон-250 и др., повышающие рефлекторную возбудимость всех уровней нервной регуляции половой функции, целесообразно применять только при конституционально-генетической форме расстройств потенции. Физиотерапевтические процедуры те же, что и при абстинентной форме.

Во всех случаях импотенции при патологии предстательной железы в виде хронических простатитов (в частности, при прерванных половых сношениях) рекомендуется рассасывающаяся терапия (алоэ, ФиБС, лидаза) и специальная физиотерапия (индуктотермия на область простаты, грязевые тампоны, массаж предстательной железы).

В последние годы при лечении сексуальных расстройств рекомендуется ЛД («локальная декомпрессия»), подчеркивается значение ее как мощного фактора опосредованной психотерапии [Малахов Б. Б., Рубенштейн М. Я., 1987; Мушер Г. Я., 1988].

При медикаментозном и физиотерапевтическом лече-

нии первичной фригидности Д. Л. Буртянский, В. В. Кришталь (1977) рекомендуют дифференцировать терапию применительно к паторефлекторной, дисрегуляторной, абстинентной и конституционально-генетической формам. При первой форме проводится седативная, общеукрепляющая и тонизирующая терапия (йодобромные, хвойные ванны, дождевой, веерный, циркулярный души, фарадизация внутренних поверхностей бедер); при второй рекомендуются стимулирующие средства: алоэ, секуринин, витамины группы В, ванны и души, электрофорез новокаина на пояснично-крестцовую и воротниковую области, нисходящая гальванизация позвоночника; при третьей форме — общетонизирующие средства и малые дозы гормональных препаратов (эстрадиола бензоат, синэстрол, диэтилстильбэстрол, эстрон), стимулирующие средства (секуринин, стрихнин), усиливающие чувствительность тактильных рецепторов и повышающие рефлекторную возбудимость спинного мозга, физиотерапия в тех же видах, что при указанных выше формах. При конституционально-генетической форме фригидности в первой половине менструального цикла рекомендуются женские половые гормоны в сочетании с малыми дозами мужских половых гормонов (метилтестостерон и др.), средства тонизирующего действия, водолечение и физиотерапия (гидро- и электропроцедуры, повышающие приток крови к органам малого таза и усиливающие рефлекторную возбудимость половых органов).

При сексуальных нарушениях у больных неврозами рекомендуется иглотерапия. Последняя, как и медикаментозное и в особенности физиотерапевтическое лечение, оказывается более эффективной при психотерапевтическом опосредовании и потенцировании ее действия. Однако при всем значении биологической терапии невротических сексуальных расстройств, так же как и в случае невротической фиксации сексуальных нарушений другой природы, ведущим методом является психотерапия во всех ее вариантах, специализированных применительно к данной патологии [Сухоруков В. И., 1985, и др.].

В работе И. Б. Трегубова (1967) семейная психотерапия сексуальной дисгармонии у больных неврозами основывалась на установленных шести вариантах защитно-приспособительных психологических реакций у мужчин в ответ на сексуальную несостоятельность: «вытеснение», «перенесение», «поиск защиты у третьих лиц», «повиновение», «обесценивание», «гиперкомпенсация», а также на

четырех характерных типах семейных взаимоотношений (стили взаимодействия супругов): «соперничество», «изоляция», «псевдосотрудничество» и «доминирование». Показана зависимость методики и эффективности семейной психотерапии от полноты учета психологических, клинических характеристик больных и ролевой структуры семьи.

При истерических конверсионных симптомах — двигательных и чувствительных расстройствах — основным методом лечения, конечно, является психотерапия, однако, как отмечают многие авторы, необходимо назначать и физиотерапию, так как в противном случае больному кажется, что его не лечат и к его страданиям относятся несерьезно [Kepinski A., 1975]. При проведении процедур имеет значение прямое и косвенное внушение, осуществляемое врачом.

Терапия **профессиональных дискинезией** при неврозах, помимо психотерапии, лечебной физкультуры в сочетании с аутогенной тренировкой по специальной методике (общее расслабление, снятие мышечного напряжения больной руки, обучение произвольному расслаблению мышц, участвующих в выполнении профессионального движения, восстановление его динамического стереотипа, упражнения с элементами профессионального движения, чередующиеся с приемами на расслабление, координацию движений, правильное дыхание и др.), включает в себя метод низкочастотной электростимуляции микрозон кожной поверхности руки [Котяева Т. В., и др., 1974]. С самого начала лечения назначают транквилизаторы в небольших дозах и физиотерапевтические процедуры седативного действия.

Основой лечения **заикания** является комплексная восстановительная терапия, включающая в себя логопедические занятия в сочетании с различными видами индивидуальной и групповой психотерапии [Шкловский В. М., 1979; Шкловский В. М. и др., 1985; Кроль Л. М., 1987; Михайлова Е. Л., 1988]. Наряду с этим проводится общеукрепляющая, седативная терапия с использованием элениума, диазепама и других малых транквилизаторов, а также аминазина, физиотерапии и лечебной физкультуры. Применяется при заикании ряд медикаментозных средств целенаправленного действия, в частности препарат холинолитического ряда амедин, устраняющий судорожные нарушения речевого дыхания в результате ослабления спазма гладкой мускулатуры бронхов, и препарат

курареподобного ряда элатин для достижения релаксирующего эффекта.

В системе комплексного лечения заикания в настоящее время применяются аппараты типа «АИР», действие которых основано на использовании эффекта задержанной речи [Миссуловин Л. Я., 1988].

Методика лечения **невротических расстройств сна** разработана в нашем отделении Ю. Я. Тупицыным (1973). В начале лечения почти во всех случаях снотворные препараты полностью отменяют, и больным назначают плацебо (индифферентный препарат). Если бессонница возникла или фиксируется по механизму тревожного ожидания, лишь одно применение плацебо приводит к улучшению. Целесообразность использования плацебо на первом этапе определяется необходимостью дезинтоксикации больного из-за предшествующего длительного приема барбитуратов. В других случаях, когда плацебо не дает положительного эффекта, этот период тем не менее продлевается, так как он создает благоприятные условия для более высокой эффективности корректоров сна в дальнейшем лечении. Из медикаментозных средств на первом этапе применяют транквилизаторы (триоксазин, мепротан, элениум, диазепам) в небольших дозах и лишь в дневное время. Медикаментозную терапию сочетают с физиотерапией и водолечением, наиболее часто с солянохвойными и шалфейными ваннами, назальным электрофорезом с седативными и антигистаминными препаратами, электросном. В ряде случаев вторичной бессонницы полезно иглоукалывание. На втором этапе показаны эффективные медикаментозные корректоры нарушенного сна. Вследствие хорошо известных отрицательных фармакологических свойств снотворных — производных барбитуровой кислоты (барбамил, фенобарбитал, этаминал-натрия) использовать их при хронических невротических расстройствах сна нецелесообразно, так как они в этих случаях малоэффективны. Выбор препарата определяется в значительной степени особенностями клинических проявлений бессонницы. При нарушениях начального периода сна рекомендуются нитразепам (эуноктин), элениум, тазепам. При расстройствах последующих стадий сна и укорочении его продолжительности весьма эффективны (наряду с диазепамом в дозах 15—30 мг внутрь и парентерально) небольшие дозы нейролептиков, в первую очередь левомепромазина (тизерцина) и тералена (от 2 до 10—15 мг) или френолона (5—10 мг). В случаях с мень-

шей выраженностью нарушений сна используют антигистаминные средства (димедрол, дипразин и др.) отдельно или в сочетаниях с минимальными дозами барбитуратов, транквилизаторов, амидопирина. Особенность медикаментозного лечения диссомнических форм нарушений сна состоит в сочетании приема утром психотонизирующих средств (кофеин, сиднокарб и т. д.) с приемом на ночь лишь минимальных доз транквилизаторов и антигистаминных средств.

При различных клинических формах невротической бессонницы в этом периоде лечения наибольший эффект отмечен при применении нитразепама в дозе 5—10 мг на ночь.

Физические и курортные методы, не будучи ведущими в лечебном комплексе основного периода, применяются в связи с их общепризнанным седативным действием, а также способностью нормализовать церебральную нейродинамику и в необходимых случаях снижать возбудимость вегетативной нервной системы. Назначают гидро- и электротерапию и иглоукалывание. В заключительном периоде лечения постепенно снижают дозы применяющихся препаратов, заменяя сильнодействующие средства медикаментами более мягкого действия с последующей полной их отменой, когда это возможно. В отдельных случаях больным рекомендуется поддерживающая медикаментозная терапия.

Учитывая особое значение, которое приобретает среди других транквилизаторов нитразепам (эуноктин) при лечении больных неврозами с нарушениями сна, представляют интерес данные А. М. Вейна и Н. А. Власова (1975). Авторы отметили сокращение сроков засыпания, увеличение общей продолжительности сна, уменьшение количества спонтанных пробуждений и времени бодрствования среди ночи.

Выбор симптоматических средств при **невротической головной боли** определяется ее основным патофизиологическим механизмом. Так, при головной боли с преимущественным участием нервно-сосудистых механизмов в комплексе или (лучше) последовательно (поскольку эти больные нередко обладают повышенной чувствительностью к лекарственным средствам) проводится фармакотерапия, основными целями которой являются: укрепление нервной системы и снижение ее возбудимости, уменьшение вегетодистонии, десенсибилизация и уменьшение проницаемости сосудистой стенки, уменьшение сте-

пени растяжения и пульсации сосудов, относящихся к системе наружной сонной артерии. Из большого арсенала фармакологических средств, которые могут быть применены с этой целью, рекомендуются: витамины комплекса В внутрь или в инъекциях; элениум, диазепам, феназепам в обычных дозировках; беллоид, беллатаминал; новокаин — 0,25 % раствор в возрастающих дозах от 1 до 20 мл внутривенно ежедневно или через день (при повышенной чувствительности к лекарству), всего 20 инъекций; хлорид кальция 10 мл 10 % раствора одновременно с 10 мл 40 % раствора глюкозы внутривенно через день, всего 15 инъекций; глюконат кальция 10 мл 10 % раствора внутривенно через день, всего 15 инъекций; сандомигран — 1—3 таблетки в день в течение 2—3 мес. В ряде случаев хороший эффект при невротической сосудистой головной боли наблюдается при лечении никотиновой кислотой (внутрь по 50—100 мг 3—4 раза в день или внутривенно 1—2 мл 1 % раствора, курс лечения 15 инъекций, либо внутримышечно в возрастающих дозах от 1 до 10—12 мл 1 % раствора, всего 10—15 инъекций). При приступообразных усилениях головной боли рекомендуется прием 1—2 таблеток (с интервалом в 30 мин) кофетамина (аналог зарубежных кафергота и эргофеина), содержащего 1 мг эрготамина и 100 мг кофеина. Из физиотерапевтических процедур при этом типе головной боли предпочтительнее применять гальванический воротник по Щербаку, интраназальный электрофорез новокаина, димедрола, хлорида кальция, витамина B_1. Курс лечения 15—20 процедур. Рекомендуются синусоидальные модулированные токи и иглоукалывание.

При головной боли с преимущественным участием нервно-мышечных механизмов наиболее целесообразно использование различных сочетаний седативных препаратов, транквилизаторов, сосудорасширяющих средств, а также анальгетиков (последние — на первом этапе лечения в случае выраженной головной боли). Эффективны одновременные приемы диазепама (5 мг) или феноазепама (0,5 мг) по 1 таблетке 2—3 раза в день и никотиновой кислоты по 50—100 мг 3—4 раза в день внутрь или внутримышечно в возрастающих дозах (как указано выше), АТФ внутримышечно ежедневно (всего 30 инъекций), массаж головы и воротниковой зоны — всего 10—15 процедур.

Если головная боль возникла на фоне остаточных явлений органического поражения головного мозга, при

наличии клинических показаний рекомендуется лечение дегидратационными, рассасывающими и противовоспалительными средствами.

В заключение необходимо коснуться еще одного вопроса, связанного с проведением биологической терапии при неврозах,— лекарственной зависимости.

В настоящее время существуют достаточно убедительные данные о развитии лекарственной зависимости к некоторым транквилизаторам (диазепам и др.). При этом отмечаются не только психическая зависимость и непреодолимое влечение к лекарству, но и выраженные соматические, вегетативные и психические нарушения при резкой его отмене. В этих случаях лекарственная зависимость от транквилизаторов у больных неврозами развивается как вследствие длительного их применения, так и в связи с недостаточным эффектом психотерапии. Оставаясь в сфере действия патогенных конфликтных ситуаций и получая некоторое облегчение от транквилизаторов, больные постепенно становятся зависимыми от лекарственных средств.

Следует, однако, отличать (и это особенно существенно при неврозах) проявления физической зависимости в случае прекращения приема препарата в виде синдрома отмены от усиления тех клинических симптомов, по поводу которых была начата и проводилась терапия.

Применение различных видов биологической терапии при неврозах вполне оправдано, повышает общий терапевтический эффект и при условии детального анализа клинических проявлений болезни, знания особенностей личности и патогенной ситуации, понимания основных патогенетических механизмов лишено опасности развития лекарственной зависимости. Необходимым условием является сочетание медикаментозного лечения с психотерапией, выступающей всегда в качестве основного метода лечения неврозов.

Глава 9. КРИТЕРИИ, МЕТОДЫ ОЦЕНКИ И ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПСИХОТЕРАПИИ И ДРУГИХ ВИДОВ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ НЕВРОЗАХ

Оценка эффективности лечения больных неврозами независимо от того, идет ли речь о психотерапии или о других видах терапевтического воздействия, представляется чрезвычайно сложной. Трудности, связанные с этим, об-

наруживают себя, как только мы обращаемся к двум крайним позициям в трактовке неврозов — бихевиоральной и психоаналитической. Если для представителей первой симптом — это невроз и, следовательно, исчезновение симптома есть излечение невроза, то с позиций психоаналитиков возможно существование невротических эпизодов лишь с внутренним напряжением, которое может проявляться в недостаточно полном социальном функционировании. В этом последнем случае очевидна недостаточность учета для оценки эффективности терапии одной лишь динамики симптомов и возникает надобность в дополнительных критериях.

Обращение к клиническому опыту также убедительно свидетельствует, насколько ненадежным может быть критерий одного лишь симптоматического улучшения, например, при истерических неврозах.

Поскольку в литературе результаты лечения больных неврозами освещаются авторами, придерживающимися разных взглядов на природу неврозов, различных терапевтических позиций, то становится очевидной несопоставимость данных, касающихся результатов лечения больных неврозами. Оценки как непосредственных, так и отдаленных результатов лечения характеризуются большими расхождениями. В целом непосредственные результаты лучше, чем отдаленные. Значительное улучшение при выписке отмечается у 20—90 % больных, отсутствие улучшения — у 10—20 %. Оценка отдаленных результатов характеризуется еще большими расхождениями. По данным различных исследователей, улучшение отсутствует в 6,4—75 % случаев, чаще всего в 30 % случаев; значительное улучшение отмечается в 4—90 % случаев [Федоров А. П., 1978].

По убеждению многих авторов, один критерий симптоматического улучшения не является надежным при определении устойчивости лечения, и у значительной части больных в катамнезе показатели его изменяются. В связи с этим в последние десятилетия предлагаются в дополнение к нему другие критерии. Так, в рубрику «выздоровление» включаются больные, у которых исчезли симптомы заболевания, изменился стереотип поведения в сферах, в которых раньше отмечались затруднения, и выявляется меньше непродуктивных реакций при столкновении с трудными обстоятельствами.

Однако такая глобальная оценка результатов лечения с применением методики, по сути своей состоящей из

нескольких самостоятельных шкал, подвержена значительным колебаниям.

Как было показано во многих работах, на оценку результатов лечения неврозов оказывают влияние множество факторов, причем особенно большие трудности возникают при оценке эффективности психотерапевтических методов [Мягер В. К., 1971; Кабанов М. М., 1978; Карвасарский Б. Д., Мурзенко В. А., 1979; Карвасарский Б. Д., 1982; Stokvis В., 1959; Harty M., Horwitz L., 1976; Kratochvil S., 1976; Adams M., 1978; Skoda C., 1979; Epstein N. B., Vlok L., 1981; Aleksandrowicz L. W. et al., 1982; Leder S. et al., 1982; Lambert M. J. et al., 1986].

1. Оценка эффективности психотерапии требует прежде всего четкого определения метода, с помощью которого она осуществляется. В практической же работе чаще говорится вообще о психотерапии, не об одном, а о группе методов, различных их сочетаниях — рациональной психотерапии и гипноза, гипноза и аутогенной тренировки и т. д., поскольку утверждение в практике работы психотерапевтов «комплексного» подхода способствует все более широкому применению сочетаний различных методов.

2. При использовании того или иного метода должны учитываться качество подготовки, опыт, квалификация психотерапевта. И метод аутогенной тренировки, и метод групповой психотерапии в руках психотерапевтов с различной степенью квалификации, естественно, дадут различные результаты.

3. Число пациентов, леченных данным методом, должно быть статистически значимым. В то же время при использовании некоторых систем психотерапии речь идет чаще об отдельных пациентах, которым проводилась многомесячная или даже многолетняя психотерапия.

4. Изучение эффективности следует проводить на гомогенном материале. Обычно же имеются в виду группы больных, включающие первичных пациентов и тех, кому до этого времени не помогли никакие другие методы лечения, больных амбулаторных и госпитализированных, с острым и затяжным течением и т. д.

5. Группа пациентов, создаваемая для оценки эффективности психотерапии, должна формироваться методом случайной выборки. С этической точки зрения это возможно в том случае, когда число пациентов заведомо превышает реальные возможности обеспечить их психотерапевтической помощью.

6. Оценка эффективности психотерапии не должна проводиться тем лицом, которое осуществляет психотерапию. Это требование оценки результатов психотерапии независимым наблюдателем очень важно, так как при этом элиминируется влияние на оценку отношения пациента к врачу; можно предполагать, что в этом случае больной будет более искренним в своей оценке эффективности лечения.

7. Весьма целесообразно, чтобы независимый наблюдатель не знал о применявшемся психотерапевтическом методе для исключения возможного влияния на его оценки собственного отношения к этому методу. Использование магнитофонных записей психотерапевтических бесед позволило бы также исключить влияние на оценку типа поведения пациента во время психотерапии и т. д.

8. Должна учитываться личностная структура психотерапевта, степень выраженности у него качеств, используемых для прогнозирования успешности психотерапии (по данным литературы).

9. Необходимо учитывать личность больного, степень выраженности у него черт, особенностей, известных как прогностически благоприятные или неблагоприятные для проведения психотерапии.

10. Имеет значение установка больного на тот или иной вид психотерапии, сформированная у него, в частности, предшествующими встречами с психотерапевтами и теми или иными методами психотерапии.

11. Для объективной оценки эффективности психотерапии необходимо сравнение непосредственных и отдаленных результатов лечения. Это условие особенно важно, когда речь идет об оценке результатов применения личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии.

12. Число повторно исследованных больных в катамнезе должно быть репрезентативным по отношению ко всему контингенту лечившихся; таких больных должно быть не менее 90 % от общего их числа.

13. Оценка в катамнезе должна исходить не только от врача, желательно независимого оценщика (так называемые объективные данные), но и от самого больного (субъективные показатели).

14. Необходимо учитывать особенности жизни больного после окончания лечения, возможные влияния (положительные или отрицательные) на результат терапии

ближайшего окружения пациента (семья, производство и т. д.).

15. Для объективного катамнеза необходима своя контрольная группа больных, поскольку изменения в состоянии пациентов, леченных психотерапией, могли с течением времени происходить и вне лечения.

16. Должны быть учтены те цели и задачи, обусловленные клинической спецификой заболевания и теоретическими предпосылками, которые стремился реализовать психотерапевт с помощью применяемого им метода.

Число возможных предпосылок, требуемых для объективной оценки эффективности психотерапии, можно было бы продолжить. Например, при создании гомогенных сравниваемых групп важно учитывать местность, из которой прибыл на лечение больной (степень интеграции в ней психотерапии, известности психотерапевтов и т. д.).

В психотерапевтической практике учет всех этих моментов затруднителен, однако психотерапевт должен помнить о значении их при решении задач, связанных с объективной оценкой эффективности того или иного психотерапевтического метода.

При выборе критериев эффективности психотерапии при неврозах мы исходили из того, что они должны удовлетворять следующим условиям. Во-первых, достаточно полно характеризовать наступившие изменения в клинической картине и адаптации пациента с учетом трех плоскостей рассмотрения терапевтической динамики: 1) соматической, 2) психологической и 3) социальной. Во-вторых, они должны позволять производить оценку не только с точки зрения объективного наблюдения, но и включать субъективную оценку с позиций самого пациента. И в-третьих, эти критерии должны быть достаточно независимыми друг от друга.

С учетом патогенетической концепции неврозов казалось целесообразным использовать несколько критериев для оценки эффективности психотерапии, которые до некоторой степени могут рассматриваться и как показатели глубины лечения*. При проведении личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии, как уже отмечалось, на первом этапе лечения достигается определенная степень понимания больным связи между имеющейся симптоматикой и невротическим конфликтом, между симптоматикой и собственными проблемами. Измене-

* Подробное изложение их приведено в клинической шкале (с. 483).

ния (в ожидаемом направлении) степени понимания больным психологических механизмов его заболевания были приняты в качестве первого из дополнительных социально-психологических критериев оценки эффективности лечения. На следующем этапе психотерапии перестраиваются отношения больного, вследствие чего он приобретает бóльшую способность к восприятию нового реального опыта и более адекватным способам реагирования. Обычно эта перестройка захватывает сферу не только межличностных отношений, но и отношений больного к самому себе, приводя к уменьшению диссонанса между идеальными и реальными представлениями о себе. Объективно регистрируемые (наблюдаемые окружением) параметры, характеризующие степень восстановления нарушенных отношений личности, т. е. изменений в поведении, в контактах с людьми, жизненных планах, целях и т. д., рассматривались в качестве второго критерия. На последнем этапе психотерапии происходит реализация больным нового опыта, новых стереотипов поведения, перестроенных отношений. Это приводит к улучшению социального функционирования больного на работе, в обществе, в семье. В качестве третьего критерия использовалась субъективно и объективно (в том числе катамнестически) определяемая степень улучшения социального функционирования в различных сферах деятельности.

Практической проверкой ценности разработанной системы критериев явились исследования, проведенные А. П. Федоровым (1977) в нашей клинике. Изучены непосредственные результаты лечения 156 больных и в катамнезе у 110 больных, у которых врач путем личного контакта имел возможность оценить динамику состояния больных по всем критериям. Симптоматическое улучшение оказалось более стойким у тех больных, у которых была достигнута положительная динамика в осознании психологических механизмов болезни и изменении нарушенных отношений личности.

Анализ эффективности лечения больных неврозами с учетом всех четырех принятых критериев подтвердил возможность более надежного прогнозирования устойчивости терапевтического эффекта.

В этой и других работах, выполненных в нашей клинике, показано, что признак степени осознания психологических механизмов болезни пациентом имел наибольший прогностический вес. Это соответствует патогенетической

концепции неврозов, утверждающей важную роль изменения когнитивного аспекта отношений как предшествующего их эмоциональной и поведенческой перестройке.

Т. И. Савельева, А. П. Федоров (1981) считают целесообразным использовать разработанную систему оценки эффективности психотерапии больных неврозами в условиях психотерапевтических кабинетов общесоматических поликлиник.

Приводим в качестве примера описание комплекса методик, разработанных с учетом принятой и описанной выше системы из четырех критериев для оценки эффективности психотерапии при неврозах [Кайдановская Е. А. и др., 1979, 1987; Карвасарский Б. Д. и др., 1984] и проводимых в рамках договора о научном сотрудничестве между отделениями неврозов Института им. В. М. Бехтерева и Института психиатрии и неврологии в Варшаве.

Основой для оценки эффективности психотерапии больных неврозами служит разработанная клиническая шкала*, представленная в четырех градациях (пункты «а», «б», «в» и «г») и отражающая динамику улучшения относительно каждого из критериев. Эта шкала может быть использована как при обычной клинической оценке врачом результатов проведенной терапии, так и в случае применения для этих целей различных клинико-психологических методик.

Для учета степени симптоматического улучшения наряду с клинической шкалой могут применяться различные оценочные шкалы. Так, опросник J. W. Aleksandrowicz (1977) включает пункты, относящиеся к различного рода невротическим расстройствам. Степень выраженности симптоматики оценивают в баллах (от 0 до 3). Полученные оценки суммируют для каждого пациента. Наряду с этим подсчитывают также количество ответов в каждом из 4 разрядов (1 — симптоматика проявляется часто или характеризуется выраженной интенсивностью; 2 — симптоматика проявляется довольно часто или характеризуется значительной интенсивностью; 3 — симптоматика проявляется редко или характеризуется слабой интенсивностью; 4 — симптоматика отсутствует). Исследование проводят в начале и конце лечения. Сравнение полученных величин позволяет отнести перемены в симптоматике к таким категориям оценки эффективности, как значительное улучшение, незначительное улучшение, без пере-

---

* См. с.483.

мен, ухудшение. Представляет интерес вопрос о том, какие группы симптомов первоначально доминируют в клинической картине больных и какие подвергаются изменениям в процессе лечения. Опросник позволяет оценить наличие и динамику пяти симптомокомплексов: обсессивно-фобических расстройств, эмоциональных нарушений, вегетативно-соматических расстройств, перцептивно-гностических и личностных нарушений.

Для определения динамики показателя степени осознания психологических механизмов болезни в процессе психотерапии больных неврозами в дополнение к клиническому методу используются клинико-психологические шкалы и проективные методики.

Степень осознания и понимания больным психологических механизмов своего заболевания может оцениваться с помощью опросника, разработанного в клинике неврозов Института психиатрии и неврологии в Варшаве и состоящего из 3 частей. Первая часть — это шкала для измерения степени понимания пациентом связи между выраженностью имеющихся у него расстройств, ситуацией и способом переживания: пациент должен выбрать из перечня предлагаемых высказываний то, которое отражает его понимание причин периодического усиления симптоматики. Каждый ответ имеет определенный вес, учитывающий степень осознания, представленную в указанных выше пунктах опросника. В процессе лечения происходит изменение частот выборов ответов, отражающее степень осознания. Если до начала лечения преобладают ответы типа «симптоматика усиливается вследствие перемены погоды», «без видимых причин», то к концу лечения чаще всего называются следующие: «в некоторых трудных для меня ситуациях», «вследствие переживания мною таких чувств, как неуверенность, обида, злость и т. д.» Вторая часть опросника представляет собой шкалу, предназначенную для измерения степени понимания пациентом связи между возникновением невротических нарушений и различными факторами. Пациент должен выбрать высказывания, отражающие его понимание возникновения у него невротических нарушений. В процессе лечения происходит изменение степени осознания больным психологических механизмов своего заболевания: от отсутствия понимания роли психогенных факторов в возникновении невроза (в лучшем случае осознается связь между его симптомами и неспецифическим напряжением) к достижению понимания специ-

фического содержательного или адаптивного характера симптомов, полного осознания роли собственных личностно-эмоциональных проблем в возникновении типичных для больного конфликтных ситуаций и понимания их генеза. Третья часть опросника представляет собой перечень основных эмоционально-личностных проблем, встречающихся при неврозах. Наиболее частыми из них, отмечаемыми самими больными, являются: конфликт между потребностью подчиняться и доминировать, конфликт между зависимостью и независимостью, конфликт между потребностью достижения и страхом неудач и расхождение между уровнем притязаний и уровнем достижений, а также конфликты, связанные с неадекватной нормативностью. В процессе лечения пациенты все более полно идентифицируют свою конфликтную проблематику и придают ей все большее значение в качестве причины возникновения невротических расстройств. Выделенные к концу лечения пациентом проблемы сопоставляются с данными об этих проблемах, полученными от лечащего врача. Такое сопоставление позволяет определить уровень осознания пациентом своих невротических проблем. Правильное же понимание им своей проблематики способствует ее конструктивной интеллектуальной и эмоциональной переработке, что приводит к снижению уровня нервно-психического напряжения и как следствие этого — к редуцированию симптоматики.

Установление степени реконструкции нарушенных личностных отношений больного в процессе психотерапии может осуществляться с помощью проективных методов (незаконченных предложений и др.), семантического дифференциала Осгуда, методики Q-сортировки, межличностной методики Т. Лири и др. Динамика самооценки (идеальные и реальные представления о себе), отношение к другим, к своему заболеванию отражают процесс реконструкции личности.

Для изучения отношения к лечению может быть использован опросник, содержащий 22 высказывания, которые показывают разнообразную мотивацию по отношению к лечению: установка на достижение осознания, на изменение поведения, на достижение симптоматического улучшения, «вторичного выигрыша» от болезни, иная мотивация (например, собственная концепция болезни, желание лечиться современными методами и пр.). Если в начале лечения у больных преобладает установка на достижение симптоматического улучшения, на пассив-

ное получение помощи, то в процессе психотерапии характер установок претерпевает существенные изменения, а именно формируются установки, направленные на достижение осознания и изменение поведения. Являясь первичными результатами психотерапии, такие установки в дальнейшем обеспечивают их эффективность.

О степени восстановления полноценности социального функционирования больного можно косвенно судить по изменению его поведения в отделении (выполнение обязанностей по самообслуживанию, участие в трудовой терапии, положительное влияние на других больных), а также, что более показательно, — в катамнезе, оценивая динамику его производственных показателей, социальных связей и других жизненных характеристик. Дополнительную информацию может предоставлять специальная анкета, отражающая степень удовлетворенности пациента своим функционированием в различных сферах жизни (семья, работа и общество).

Для иллюстрации приводим следующее наблюдение.

Больной С-н, 44 лет, инженер-геофизик, находился на стационарном лечении в отделении неврозов и психотерапии Института им. В. М. Бехтерева с диагнозом: неврастения. При поступлении — жалобы на общее недомогание, повышенную потливость, часто возникающее сердцебиение, плохой сон (в основном затрудненное засыпание), чувство внутреннего напряжения, периодически появляющуюся изжогу, неприятные ощущения в эпигастральной области, иногда болезненные ощущения при мочеиспускании.

Наследственность нервно-психическими заболеваниями не отягощена. Родился в семье служащих старшим из 2 детей. Отец — инженер, активный, энергичный, несколько экстравертированный по характеру; мать — врач, мягкая, уступчивая, малообщительная, полностью посвятившая себя семье. Роды и раннее развитие без особенностей. Больной с детства был подвижным, легко возбудимым, несколько неуверенным в себе. С ранних лет прослеживается тенденция во всем подражать отцу, быть лидером в среде сверстников. Охотно выполнял обязанности старшего брата и опекал сестру, которая была младше его на 3 года. В школе учился хорошо, старался всегда быть среди первых, болезненно переживал неудачи. Отношение к отцу до 13 лет однозначно положительное. В возрасте 12—13 лет семейная ситуация усложнилась, отец начал изменять матери, и однажды больной стал невольным свидетелем свидания отца с другой женщиной. Вскоре отец на несколько месяцев покинул семью. После его возвращения внешне сохранил с ним хорошие отношения, однако решил никогда не быть таким, как он. С этого времени появилось особое отношение к пробуждающемуся сексуальному влечению как к чему-то постыдному, требующему контроля. Умение подавлять свою юношескую влюбленность считал признаком мужественности.

В период эвакуации в возрасте 15 лет вынужден был начать работать, однако, несмотря на большие нагрузки, продолжал учебу в школе. Хорошо окончил 10 классов и сразу же поступил в ЛИТМО, после окончания которого вначале работал инженером в геофизической

лаборатории, а после защиты кандидатской диссертации — ее начальником.

Женился в возрасте 25 лет на однокурснице, не испытывая особенно сильной влюбленности. Жена нравилась своим уравновешенным, спокойным характером, умением поддержать в трудных ситуациях. С первых дней брака в семье установились дружеские отношения Вскоре появилось двое детей. В эти годы больной и его жена много времени уделяли работе, стремясь к созданию материального благополучия в семье. После защиты кандидатской диссертации помог жене собрать материал и также оформить диссертационную работу.

Из перенесенных заболеваний отмечает простудные, возникали боли в суставах; первоначальный диагноз ревматизма при повторных обследованиях был отвергнут. В возрасте 29 лет обнаружены язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки и хронический холецистит. Больным себя считает с этого времени. Началу заболевания предшествовало страстное увлечение замужней женщиной с установлением половой связи с ней. Однако эти отношения через несколько месяцев приняли двойственный со стороны больного характер; постоянно тяготили необходимость скрывать свои отношения от жены, «угрызения совести», потеря всех своих прежних идеалов. И когда больной был поставлен перед дилеммой оформить новый брак или порвать отношения, он решил сохранить прежнюю семью. Однако с этого времени домашняя обстановка стала раздражать, появилась скрытая неприязнь к жене.

Понимал необоснованность своих претензий к жене и внешне старался вести себя корректно. Значительно больше времени стал уделять работе над докторской диссертацией, решив защитить ее в возможно более короткие сроки. Появились повышенная утомляемость, периодические неприятные ощущения в области сердца. В периоды очередных отпусков восстанавливалась прежняя работоспособность, но через несколько месяцев вновь отмечал снижение творческой продуктивности. Компенсаторное увеличение времени работы не приводило к ускорению реализации намеченных планов. В возрасте 36 лет перенес простудное заболевание. В это же время возникли тянущие боли в области промежности, был диагностирован неспецифический хронический простатит, по поводу которого в течение нескольких месяцев лечился у уролога. С этого времени периодически стал отмечать неприятные ощущения при половом акте. Начал избегать сексуальных отношений с женой, особенно в связи с неделикатной шуткой с ее стороны относительно возможного генеза его урологического заболевания. Работоспособность продолжала прогрессивно падать. Продуктивно мог работать только в течение нескольких часов, после чего появлялись чувство внутренней напряженности, беспричинная раздражительность. Нарушился сон.

Соматический статус: несколько повышенного питания (масса тела 85 кг при росте 176 см). Кожные покровы бледные. Пульс ритмичный, удовлетворительного наполнения. АД 110/70 мм рт. ст. Тоны сердца чистые. В легких — везикулярное дыхание. Язык влажный, слегка обложен у корня белым налетом. Живот мягкий, умеренно болезненный в правом подреберье. Печень не увеличена.

Неврологический статус: симптомов очагового поражения центральной нервной системы не выявляется. Сухожильные и периостальные рефлексы равномерно повышены, патологических рефлексов нет. Дистальный гипергидроз, дермографизм — розовый, стойкий.

Психический статус: психотических симптомов нет. Фон настроения несколько снижен, стойко фиксирован на своих симптомах, легко астенизируется. Характерологически: эмоционально легко возбудим, лаби-

лен, повышенно тревожен. Неуверен в себе, обладает высокоразвитым чувством ответственности и долга. Несколько прямолинеен в моральных оценках. Самооценка своих творческих возможностей завышена.

Лабораторные исследования: анализы крови и мочи в пределах нормы. Пробы на активный ревматизм (сиаловая, дифиниловая, формоловая, С-реактивный белок и др.) отрицательны. Сахарная кривая без существенных изменений. Общая и свободная кислотность желудочного сока в пределах нормы. Исследование желчи: порция А — светло-желтого цвета, слизь в большом количестве, лейкоциты 1—3 в поле зрения Порция Б — желтого цвета, слизь в большом количестве, лейкоциты 18—20 в поле зрения, лямблий — в большом количестве. Порция С — светло-желтого цвета, слизь в большом количестве, лейкоциты 8—10 в поле зрения.

Заключение по рентгеноскопии желудочно-кишечного тракта; рогообразный желудок с каскадной его деформацией; спастические изменения в двенадцатиперстной кишке; хронический спастический колит.

Заключение терапевта: хронический гастрит; хронический холецистит; хронический спастический колит.

На рентгенограммах черепа патологии нет. Турецкое седло в норме. Осмотр окулиста: глазное дно не изменено.

Заключение уролога: хронический асептический (застойный) простатит.

Перед началом лечения по каждому из критериев были оценены имевшиеся у больного расстройства и определены соответствующие задачи психотерапии*. По первому критерию состояние больного характеризовалось пунктом «б» — симптоматика проявляется довольно часто, характеризуется значительной интенсивностью. В результате лечения предполагалось достичь уровня улучшения по пункту «в» — симптоматика проявляется редко.

По второму критерию нарушения соответствовали пункту «а» — отсутствие понимания роли психогенных факторов в возникновении заболевания. Больной связывал развитие невроза с перегрузками и переутомлением на работе. Основные невротические конфликты — противоречие между стремлением к социальной нормативности, в частности к сохранению семьи, и чувством любви к другой женщине, а также расхождение между выраженным желанием достижений и уровнем достигнутого в профессиональной сфере — к началу лечения больным мало осознавались и не ставились в связь с неврозом. В ходе психотерапии стремились достичь эффекта, соответствующего пункту «г».

---

* См. клиническую шкалу и регистрационный лист по результатам лечения.

Клиническая шкала

I. Критерий степени симптоматического улучшения.
   а) Симптоматика проявляется очень часто или характеризуется выраженной интенсивностью.
   б) Симптоматика проявляется довольно часто или характеризуется значительной интенсивностью.
   в) Симптоматика проявляется редко или характеризуется слабой интенсивностью.
   г) Симптоматика отсутствует.

II. Критерий степени осознания психологических механизмов болезни.
   а) Отсутствие понимания роли психогенных факторов в возникновении заболевания.
   б) Осознание взаимосвязи между симптомами болезни и неспецифическим нервно-психическим напряжением.
   в) Осознание взаимосвязи между симптомами болезни и конфликтной ситуацией, возникшей в связи с особенностями личности больного, без осознания и понимания условий формирования этих особенностей.
   г) Достижение понимания специфического содержательного или адаптивного характера симптомов, полного осознания роли собственных личностно-эмоциональных проблем в возникновении типичных для больного конфликтных ситуаций и понимания их генеза.

III. Критерий степени изменения нарушенных отношений личности.
   а) Отсутствие изменений.
   б) Изменение отношений к болезни и лечению.
   в) Изменение отношений больного лишь в сфере(ах), относящейся к актуальной конфликтной ситуации, без глубокого изменения нарушенных отношений личности.
   г) Изменение отношений больного во всех значимых сферах личности со значительной их перестройкой.

IV. Критерий степени улучшения социального функционирования.
   а) Низкая степень удовлетворенности своим социальным функционированием.

б) Умеренная степень удовлетворенности своим социальным функционированием.
в) Значительная степень удовлетворенности своим социальным функционированием.
г) Выраженная степень удовлетворенности своим социальным функционированием.

Регистрационный лист результатов лечения больного С-на (по данным клинической шкалы)

Критерии эффективности психотерапии	Степень выраженности изменений по каждому критерию			
	Состояние больного до лечения			
I	а	б	в	г
II	а	б	в	г
III	а	б	в	г
IV	а	б	в	г
	Задачи психотерапии			
I	а	б	в	г
II	а	б	в	г
III	а	б	в	г
IV	а	б	в	г
	Непосредственные результаты лечения			
I	а	б	в	г
II	а	б	в	г
III	а	б	в	г
IV	а	б	в	г
	Результаты лечения в катамнезе			
I	а	б	в	г
II	а	б	в	г
III	а	б	в	г
IV	а	б	в	г

По третьему критерию нарушения соответствовали пункту «а». У пациента выявлялось неадекватное отношение к болезни (преувеличение тяжести астении, которая явилась следствием непродуктивной компенсаторно-защитной попытки «ухода в работу» в условиях неразрешенного невротического конфликта). У него имелось расхождение между реальным и идеальным представлениями о себе, а также противоречие в структуре реального «я». В отношении к лечению пациент был ориентиро-

ван на лекарственную терапию и аутогенную тренировку; первоначальной мотивации к активной психотерапевтической работе с учетом личностных проблем не было. Отношения в семье были дисгармоничными и противоречивыми.

Ставилась задача в процессе лечения достичь эффекта, соответствующего пункту «г».

По четвертому критерию нарушения определялись пунктом «а». Больной не удовлетворен своим профессиональным функционированием, работа над докторской диссертацией в период болезни была прекращена. Задачей психотерапии было достижение эффекта, соответствующего пункту «г».

На первом этапе психотерапии больным было достигнуто понимание взаимосвязи между появившейся невротической симптоматикой и нарушенными семейными и сексуальными отношениями и значительно меньшей ее зависимости от перегрузок и переутомления на работе.

В дальнейшем в процессе психотерапии им была осознана связь между особенностями его личности, установками, тенденциями и возникновением конфликтной ситуации. Содержанием ее, как отмечалось выше, в основном явилось недостаточно осознаваемое противоречие между стремлением к социальной нормативности, в том числе к сохранению семьи, и чувством любви к другой женщине.

Формирование актуальной конфликтной ситуации в семейной и сексуальной сферах было обусловлено неспособностью больного сознательно разрешить невротический конфликт путем преодоления одной из личностных тенденций. Больной понял, что избранный им путь разрешения конфликта (ухода в работу) приобретал чисто внешний характер и мог привести лишь к усилению противоречивых тенденций.

Такой уровень понимания психологических механизмов болезни был оценен как высокий («г» — по II субшкале).

На основе достигнутого уровня осознания противоречивости собственных личностно-эмоциональных тенденций больным была осуществлена в процессе психотерапии перестройка отношений как в области конфликтных ситуаций, так и в других значимых сферах отношений. Это позволило отнести степень перестройки отношений больного к высокой («г» — по III субшкале).

Перед выпиской больного симптоматика у него харак-

теризовалась слабой интенсивностью («в» — по I субшкале).

Значительному улучшению социального функционирования больного («в» — по IV субшкале) в катамнезе (4 года), выразившемуся в полной реализации социально-производственных целей, сопутствовало практическое исчезновение невротической симптоматики («г» — по I субшкале).

Представленные в регистрационном листе результаты лечения больного отражают как задачи психотерапии, так и степень достигнутого улучшения по всем критериям.

Анализ применения различных методов оценки эффективности психотерапии показал обоснованность и целесообразность разработанной системы критериев для оценки эффективности лечения больных неврозами как в стационарах, так и в амбулаторных условиях лечебно-профилактических учреждений. Использование этой системы оценок позволяет не только получать целостное представление о лечебных переменах у пациента, но и прогнозировать устойчивость результатов лечения, а также определять реальные терапевтические задачи и оптимальный выбор соответствующих психотерапевтических методов для различных категорий больных неврозами.

Разумеется, для оценки изменений в состоянии больных неврозами и другими заболеваниями по критериям симптоматического улучшения, психологическим и социально-психологическим критериям может применяться широкий спектр методик, специально разработанных с учетом данного заболевания, его природы и механизмов, — клинические шкалы, психологические, социально-психологические, психофизиологические, физиологические методики и т. д.

В случаях применения экспериментально-психологических методик для оценки эффективности психотерапии исходят из обычного для психодиагностики принципа отличия выборки больных от нормальной выборки, а также от того, что по мере улучшения состояния пациентов психологические показатели их приближаются к показателям нормы. Поэтому основное внимание при таких исследованиях акцентируется на разности средних показателей психологических методик, полученных в начале, в процессе и в конце лечения. Многими авторами в подобных исследованиях, особенно при значительной

(в течение месяцев, а иногда и лет) длительности терапии, динамически исследуются с помощью тех же психологических методик и контрольные группы больных, не подвергавшихся лечебным воздействиям.

При оценке эффективности психотерапии больных неврозами могут использоваться относительно более объективные психофизиологические методы [Мягер В. К., 1971; Кабанов М. М., 1978; Карвасарский Б. Д.,, 1980]. Было показано, что улучшению состояния больного сопутствовала нормализация (или тенденция к ней) психофизиологической реактивности, обусловленная перестройкой отношения больного к прежде патогенным условиям и воздействиям.

Все более широкое использование семейной психотерапии способствовало повышению интереса к разработке критериев и методов оценки ее эффективности [Мягер В. К., 1974, и др.]. З. К. Тысячной и Т. М. Мишиной (1980) для оценки эффективности семейной психотерапии предлагается учитывать показатели по четырем критериям: клиническому, психологическому, социальному и катамнестическому.

Очевидно, что необходимость учета отмеченных выше «предпосылок», критериев, результатов исследований с помощью адекватных этим критериям методов (а в конечном счете — множества самых разнообразных переменных) для оценки эффективности психотерапии создает почти непреодолимые трудности при решении этой проблемы.

Определенный выход многие авторы видят в возможностях, открывающихся при использовании все более сложных программ многомерной статистики с применением современной компьютерной техники [Bellman R. et al., 1966; Skoda C., 1979, и др.]. В то же время не прекращаются попытки тщательного анализа отдельных наблюдений, в том числе в процессе групповой психотерапии, разработки специальной методологии такого анализа [Göth N., 1981], также с использованием не менее сложных статистических методов.

Ниже приводим результаты экспериментально-психологических исследований больных неврозами в процессе личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии в связи с задачами изучения ее эффективности по принятым критериям. Эти исследования выполнены в нашей клинике Е. В. Кайдановской (1982, 1987) и Г. Л. Исуриной (1984).

Е. В. Кайдановской (1987) изучено в процессе психотерапии 139 больных неврозами. Симптоматическое улучшение определялось с помощью указанного выше опросника J. W. Aleksandrowicz. Результаты показали, что в процессе личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии происходит статистически достоверное снижение общего показателя симптоматического опросника, отражающего в целом уменьшение степени выраженности невротических нарушений.

Исследование динамики выделенных симптомокомплексов (эмоциональные, личностные, вегетативно-соматические, обсессивно-фобические, перцептивно-гностические нарушения) указывает на равномерное снижение степени выраженности каждого из них, и, таким образом, структура распределения их остается близкой при всех трех измерениях: до лечения, в середине его и после окончания. Полученные данные соответствуют сущности личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии, представляющей собой сложный и многоплановый процесс, при котором главным объектом воздействия является личность больного в целом, а не отдельные виды нарушений. Изменения, происходящие в процессе психотерапии в системе отношений больного, через осознание взаимосвязи между клиническими проявлениями болезни, особенностями личности и типа конфликтной ситуации, уже вторично ведут к редукции невротической симптоматики психологического и физиологического уровней.

Одной из первоочередных задач личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии является формирование продуктивной в психотерапевтическом плане позитивной установки на лечение, предполагающей правильное отношение больного к характеру своего заболевания. Результаты исследования динамики и степени выраженности на различных этапах установок больных к лечению свидетельствуют о статистически значимом изменении почти всех изучавшихся установок. Значения показателей «поведенческой» и «познавательной» установок, рассматривавшихся нами в качестве наиболее продуктивных, в процессе психотерапии достоверно возрастали и уже к середине лечения занимали ведущее место (при поступлении наиболее выраженной являлась «симптоматическая» установка). При первом исследовании степень выраженности «познавательной» установки составляла 58,44 % от максимально возможно-

го количества баллов при этом типе установки, при втором — 71,50 % и при третьем — 79,50 %; все различия достоверны. Соответственно при первом исследовании степень выраженности «поведенческой» установки составляла 61,50 %, при втором — 69,72 % и при третьем — 77,17 % от максимально возможного количества баллов при данном типе установки; здесь все различия также достоверны.

Значения показателей непродуктивных установок («симптоматической» и др.) к середине лечения достоверно снизились. Следует также отметить, что к третьему этапу исследования отмечена тенденция к снижению «симптоматической» установки. Полученные данные говорят о том, что структура установок в отношении к лечению при поступлении пациентов в клинику является «непродуктивной». В процессе психотерапии у них возникает мотивация к пониманию причин своего заболевания, способов поведения и особенностей эмоционального реагирования, изменению неадекватных эмоциональных и поведенческих стереотипов. Экспериментальное исследование показало, что такого рода изменения, происходящие к середине лечения, создают благоприятные условия для направленного психотерапевтического процесса.

В рамках личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии важнейшей предпосылкой для выполнения конечной задачи по перестройке неадекватной системы отношений больного и одновременно ведущим психологическим критерием ее эффективности является достижение больным понимания причинно-следственных зависимостей между особенностями его системы отношений и характером заболевания. В работе были получены экспериментально-психологические данные о характере изменения способности больных устанавливать указанные взаимосвязи в процессе лечения. Результаты проведенных исследований показывают, что происходят изменения переменных, отражающих различную степень осознания психологических механизмов невроза, и эти изменения статистически достоверны на всех этапах лечения. Данные о положительной динамике показателей «понимания причин периодического усиления симптомов» и «понимания причин возникновения невротических нарушений» соответствуют изменению установок, в частности росту «познавательной» установки. Углубляются представления больного о причинах невроза, возникают взаимосвязи между различными психологическими фак-

торами и возникновением невротических расстройств, т. е. происходит осознание психологических механизмов своего заболевания.

Применение опросника для изучения степени осознания психологических механизмов невроза больными позволило также оценить содержание и степень выраженности значимых внутриличностных конфликтов. Установлено, что наиболее характерными для больных неврозом являлись проблемы, связанные с конфликтом между потребностью в самостоятельности, с одной стороны, и зависимостью, потребностью в опеке, помощи — с другой; с конфликтом между собственными нормами и агрессивными тенденциями; между уровнем притязаний и возможностями; между уровнем притязаний и уровнем достижений; между стремлением к удовлетворению собственных потребностей и требованиями окружающей среды.

При анализе всех данных, полученных по этой методике, а также изучении индивидуальных протоколов установлено, что для больного неврозом характерным является не наличие одного или двух ведущих, наиболее значимых конфликтов, а существование широкого их спектра, обусловленное нарушением нескольких компонентов системы отношений, среди которых нарушение отношения к себе выступает в качестве наиболее патогенного, обусловливающего множество субъективно неразрешимых внутренних противоречий. Анализ «списка проблем» позволяет выделить вполне определенные, общие для больных нарушения личности, среди которых инфантильные и эгоцентрические черты являются осевыми и обусловливают эмоциональную, поведенческую и социальную дефицитарность личности больного неврозом. Изучение содержания, степени выраженности и динамики внутриличностных конфликтов обнаружило относительную их стабильность в процессе личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии. Эти данные могут быть объяснены, исходя из основных положений патогенетической концепции неврозов, согласно которой конструктивное разрешение невротического конфликта требует позитивных изменений в нарушенной системе отношений больного и ее перестройки. Между тем из общей, педагогической и других областей психологии известно, что реконструкции эмоционально-поведенческих компонентов отношений обычно предшествуют когнитивные (познавательные) сдвиги в отношениях, в данном случае

выражающиеся прежде всего в осознании психологических механизмов своего заболевания, особенностей нарушения системы отношений и их связи с болезнью.

Для больных неврастенией наиболее значимыми оказались проблемы, связанные с противоречием между уровнем притязаний и уровнем достижений, а также между уровнем притязаний и возможностями, т. е. наиболее актуальной для них являлась проблематика, связанная с нарушением соотношения центральных компонентов самооценки (уровня притязаний и уровня ожиданий). Больные истерическим неврозом в качестве более значимых для себя выделили проблемы, обусловленные конфликтом между стремлением к независимости, самостоятельности, с одной стороны, и потребностью в опеке, помощи — с другой; конфликты между противоречивыми стремлениями к доминированию и подчинению; конфликты между потребностью быстрых достижений и отсутствием способности к усилиям и настойчивости. Перечисленные проблемы прежде всего связаны с эгоцентрической структурой личности больных истерическим неврозом, определяющей и количество, и содержание их жизненных трудностей.

Была рассмотрена также динамика клинико-психологических и социально-психологических характеристик больных неврозами в процессе личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии в группах пациентов с различными результатами лечения: «значительное улучшение», «улучшение» и «без улучшения».

Сопоставление результатов исследования трех групп с различными непосредственными результатами лечения показало, что у больных 1-й и 2-й групп, т. е. «успешных», отмечалось выраженное снижение показателей клинической шкалы, преобладание конструктивных установок к лечению и относительно стабильный содержательный характер и уровень выраженности значимых психологических конфликтов, что сопровождалось интенсивной положительной динамикой показателей степени осознания психологических механизмов заболевания. У больных, составивших группу «без улучшения», снижение показателей симптоматического опросника отмечалось в меньшей степени, в структуре лечебных установок к концу курса психотерапии продолжала доминировать установка на получение симптоматической терапии. Больные, состояние которых не улучшилось за время лечения, имели более низкие показатели осознания психологических

механизмов заболевания, а значимость внутриличностных конфликтов к концу лечения несколько снижалась. Последнее можно объяснить актуализацией невротических защитных механизмов, поскольку к периоду окончания психотерапии процесс перестройки системы отношений продолжается, личностная проблематика полностью еще не переработана. Напротив, некоторое повышение этого показателя у пациентов 1-й и 2-й групп скорее всего отражает достаточно высокую степень осознания собственной проблематики, что способствует продуктивной ее переработке и преодолению в дальнейшем.

При катамнестическом изучении (срок катамнеза 1 год) установлено, что у значительной части больных, прошедших курс психотерапии, наблюдалась дальнейшая положительная клиническая динамика. С учетом выявленных в катамнезе изменений, которые фиксировались с помощью клинической шкалы, заполняемой лечащим врачом, были вновь выделены три группы с различными результатами лечения: «значительное улучшение», «улучшение», «без улучшения».

Сравнительный анализ результатов, полученных с помощью симптоматического опросника, показал, что наиболее интенсивная терапевтическая динамика изучавшихся переменных установлена в 1-й группе больных, а наименее интенсивная — в 3-й группе.

Рассмотрение динамики показателей, отражающих изменения в системе установок к лечению у больных с различными результатами терапии по данным катамнеза, свидетельствует о наличии особенностей в изучаемых группах. У больных 1-й и 2-й групп по данным экспериментально-психологического обследования ведущими к окончанию психотерапии становились позитивные установки («познавательная» и «поведенческая»), а выраженность непродуктивных установок статистически достоверно снизилась. У больных, состояние которых через год после окончания лечения существенно не улучшилось, ведущее место в системе терапевтических установок на всем протяжении курса психотерапии занимала установка на получение «симптоматического улучшения», существенно не изменились характер и степень выраженности других, непродуктивных установок.

Анализ динамики показателей, отражающих уровень осознания психологических механизмов заболевания (в трех катамнестических группах) показал, что «успешные» больные уже к середине лечения характеризовались

более высокой степенью понимания причин периодического усиления собственной симптоматики и причин возникновения заболевания.

Катамнестическое исследование показало также, что результаты, достигнутые к моменту окончания лечения, являлись устойчивыми. Пациенты с наиболее выраженной динамикой всего комплекса изучавшихся психологических переменных: выработка адекватных, позитивных установок к лечению как к методу, позволяющему прежде всего понять действительные причины заболевания и способствующему устранению этих причин при активном участии самого больного; осознание психологических механизмов своего заболевания, включающее понимание специфической связи между усилением симптомов болезни и актуализацией определенных внутриличностных проблем и понимание глубоких психологических причин возникновения заболевания, оказывались более успешными в терапевтическом отношении.

Динамика системы отношений больных неврозами в процессе групповой психотерапии и в катамнестическом периоде исследовалась Г. Л. Исуриной (1984) с помощью методики семантического дифференциала Осгуда (вариант, разработанный в клинике неврозов и психотерапии Института им. В. М. Бехтерева). Для изучения самооценки использовалась методика Q-сортировки [Helm J., 1972].

Пациентам предлагалось 24 понятия, направленные на изучение следующих отношений: отношения к себе (общего, частных — в различных ролевых позициях и отраженных — предполагаемых отношений со стороны других лиц); отношения к различным формам лечения и отношения к болезни. Понятия были направлены как на изучение конкретных, или реальных, отношений — отношений к конкретному объекту или явлению, так и на изучение обобщенных, или идеальных, отношений, которые характеризуют систему ценностей и косвенно уровень притязаний личности. Представлялось, что степень рассогласования реального и идеального отношения может быть индикатором степени его нарушения или неадекватности.

При первом исследовании, которое проводилось при поступлении пациентов в клинику до начала групповой психотерапии, отмечена низкая самооценка, отражающая переживания, связанные с неудовлетворенностью собой, собственной малоценностью, эмоциональным неблагопо-

лучием, противоречивостью образа «я». Выявлена характерная структура системы отношений у обследованных больных, которая заключается в наличии двух значительно удаленных друг от друга блоков. Первый блок включает реальные отношения (отношения к себе и различным сферам своего функционирования), имеющие низкие положительные, а в ряде случаев и отрицательные значения по факторам методики семантического дифференциала. Второй блок состоит из идеальных отношений, соответствующих перечисленным реальным, которые характеризуются высокими, практически предельными положительными значениями по факторам активности, оценки и силы.

Реальный блок в целом может быть определен как самооценочный, поскольку его содержанием является отношение к себе, непосредственное и опосредованное отношениями к основным сферам своего функционирования, которые в широком смысле могут рассматриваться как результаты собственной деятельности и собственных достижений и в свою очередь во многом формируются под влиянием самооценки и отношения к себе. Значения понятий, отражающих отношения реального блока, свидетельствуют о низком уровне самооценки в целом, характерном для больных неврозами.

Блок идеальных отношений характеризует систему ценностей и уровень притязаний личности. Высокие, почти максимально возможные значения идеальных понятий свидетельствуют о большой значимости для пациентов отношений к себе и основным сферам своего функционирования и ценности объектов этих отношений. Сочетание их высокой значимости и ценности в идеальном плане с низкой самооценкой и реальным эмоционально неблагоприятным отношением к себе, распространяющимся на основные сферы своего функционирования в виде эмоционально-негативной оценки результатов собственной деятельности и собственных достижений, усиливает нарушения системы отношений и самооценки. В самом общем виде эти нарушения можно определить как чрезмерное преобладание эмоционально-аффективного компонента наиболее значимых для личности отношений. Последнее связано с переживанием эмоционального неблагополучия, снижением роли когнитивного компонента, его искажением и неадекватностью. Вследствие этого отношения личности не могут выступать в качестве адекватных регуляторов поведения (нарушение

поведенческого компонента отношения), а выполняют защитную функцию, ограничивая деятельность личности сферами, не оказывающими негативного воздействия на самооценку.

Как показано Г. Л. Исуриной, структура системы отношений в целом являлась сходной для всех 194 пациентов с различными формами неврозов и характеризовалась выраженной дезинтеграцией реальных и идеальных блоков отношений, указывая на то, что нарушения системы отношений у больных неврозами носят более общий характер, чем неадекватность отдельных отношений; это влечет за собой нарушения регулятивной функции системы отношений в целом.

Понятие «моя болезнь» примыкает к реальному блоку, свидетельствуя о включении роли больного в отношение к себе. Понятия «самостоятельность» и «ответственность» связаны с идеальным блоком, демонстрируя тем самым как отсутствие или слабую выраженность этих свойств в структуре личности больного неврозом, так и понимания им значения этих качеств. При поступлении в клинику наиболее благоприятным для пациентов является отношение к лекарственным формам лечения; отношение к психотерапевтическим методам менее позитивное, причем групповая психотерапия оценивается ниже, чем индивидуальная. Такая ситуация указывает на необходимость решения в начальном периоде групповой психотерапии задачи создания у больного мотивации к лечению в психотерапевтической группе.

Под влиянием групповой психотерапии отмечены позитивные изменения изучавшихся показателей системы отношений и самооценки. Отмечено статистически достоверное повышение самооценки, обусловленное преимущественными изменениями реального образа «я».

На рис. 18 графически представлены расстояния между понятием «я как человек» (1) и другими понятиями — «я как мужчина (женщина)» (2), «я как работник» (3), «я глазами окружающих» (4), «я глазами группы» (5), «я глазами психотерапевта» (6), «моя болезнь» (14), «самостоятельность» (16), «ответственность» (17), «каким я хотел бы быть как человек» (18), «каким я хотел бы быть как мужчина (женщина)» (19), «каким я хотел бы быть как работник» (20). Как видно из рисунка, в процессе групповой психотерапии происходит сближение реальных и идеальных отношений к себе. Уменьшается расстояние между понятиями «я как человек» и

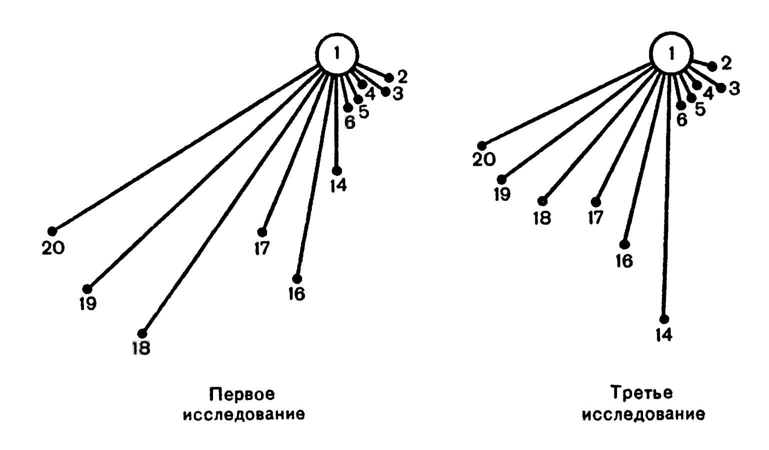


Рис. 18. Расстояния между общим отношением к себе («я как человек») и другими самооценочными идеальными и реальными отношениями в первом и третьем исследованиях (объяснения в тексте).

понятиями, характеризующими такие качества, как ответственность и самостоятельность.

Выявленное значительное повышение самооценки можно рассматривать в качестве одного из важнейших позитивных изменений в процессе групповой психотерапии: будучи тесно связанным с таким важнейшим элементом системы отношений, как отношение к себе, оно отражает степень самоуважения и эмоционально-психологического благополучия личности, способствует формированию и развитию адекватного представления о себе и самосознания в целом, обеспечивает целостность системы отношений, адекватный уровень ее динамичности, что является необходимым условием обеспечения полноценного функционирования личности.

Изменения в структуре системы отношений характеризовались существенным сближением реального и идеального блоков. Отношения, входящие в реальный блок, характеризовались возрастанием положительных значений по факторам методики семантического дифференциала. Отношения, составляющие идеальный блок, получали более низкие значения, хотя это снижение не столь велико, как повышение значений понятий реального ряда.

Полученные Г. Л. Исуриной данные свидетельствуют о том, что коррекция системы отношений в процессе групповой психотерапии заключается как в изменении отдельных отношений, так и в восстановлении относи-

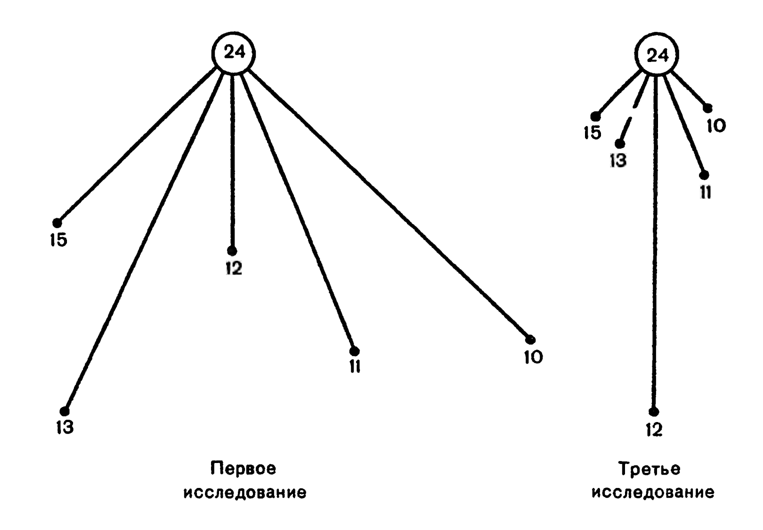


Рис. 19. Расстояния между понятием «идеальный психотерапевт» и отношениями к различным методам лечения, психотерапевтической группе и психотерапевту в первом и третьем исследованиях (объяснения в тексте).

тельной структурной целостности всей системы отношений. Ведущую роль в ее коррекции играет изменение самооценки и отношения к себе. Коррекция отношения к себе и отношений к основным сферам своего функционирования происходит на уровне как реальных, так и идеальных отношений. Результаты исследования показывают, что в идеальных отношениях в большей степени изменяется их когнитивный компонент, в реальных — и когнитивный, и эмоциональный. Коррекция эмоционального компонента отношения происходит в основном за счет эмоциональной поддержки, когнитивного — обратной связи и направленного психотерапевтического воздействия.

К моменту окончания лечения отношение к психотерапевтическим методам (в частности, к групповой психотерапии) становилось более позитивным, чем к биологическим, что может указывать на удовлетворенность лечением. На рис. 19 графически представлены расстояния между понятием «идеальный психотерапевт» (24) и рядом других отношений в первом и третьем исследованиях. Отношения к психотерапевтическим воздействиям — «моя группа» (13), «групповой психотерапевт»

(15), «групповая психотерапия» (10), «индивидуальная психотерапия» (11) — сближаются с идеальными представлениями о психотерапевте, а понятие «лекарственная терапия» (12) удаляется от последнего.

Динамика понятия «моя болезнь» отражает снижение значения болезни в жизни пациента.

Одновременно изучавшаяся динамика показателей клинической шкалы в процессе групповой психотерапии указывала на уменьшение невротической симптоматики.

Результаты второго исследования больных с помощью методики Q-сортировки в начале «рабочей фазы» функционирования психотерапевтической группы позволили выделить два типа динамики самооценки в процессе групповой психотерапии: тип А и тип Б. Тип А — «кризисный» тип динамики самооценки — характеризовался снижением показателей самооценки во втором исследовании по сранению с ее первоначальными значениями и затем их повышением к окончанию групповой психотерапии. Тип Б — «плавный» тип динамики самооценки — характеризовался однонаправленным изменением самооценки в процессе групповой психотерапии в сторону ее увеличения. Для пациентов с первым типом динамики самооценки характерным являлось наличие «кризисной» фазы и в динамике системы отношений, которая выражалась в нарастании дезинтеграции системы отношений ко второму исследованию. Для больных со вторым типом изменения самооценки характерной была также «плавная» динамика системы отношений, выражавшаяся в последовательных позитивных сдвигах. Как отмечает Г. Л. Исурина, более частый «кризисный» тип динамики системы отношений и самооценки у больных неврозами в процессе групповой психотерапии (у 149 из 194 пациентов) в рамках психотерапевтических задач имеет позитивный характер, так как ломке подвергаются невротическая структура, невротическая система отношений, неадекватные поведенческие и эмоциональные стереотипы, характерные для невротической личности защитные механизмы.

В целом под влиянием групповой психотерапии к моменту ее окончания уменьшается разброс значений внутри реального блока и увеличиваются положительные значения понятий реального ряда; за счет этого происходит сближение блоков идеальных и реальных отношений по методике семантического дифференциала.

Изменения системы отношений и самооценки у боль-

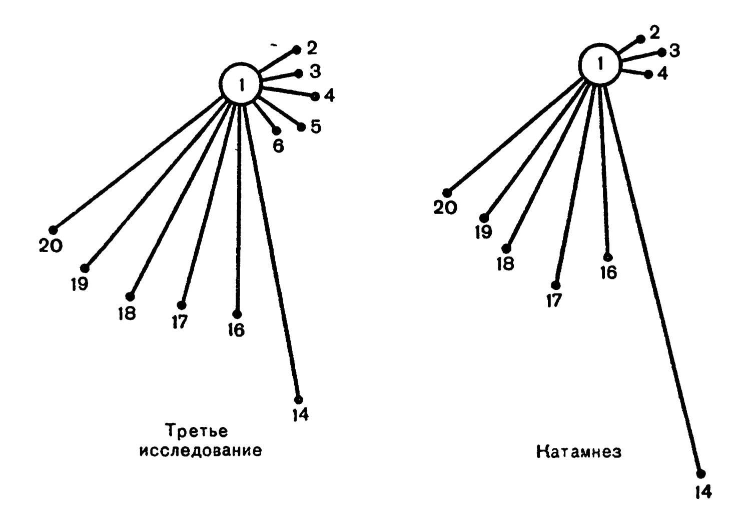


Рис. 20. Расстояния между общим отношением к себе («я как человек») и другими самооценочными идеальными и реальными отношениями в третьем исследовании и в катамнезе (объяснения в тексте).

ных неврозами, достигнутые в процессе психотерапии, как показали катамнестические исследования, явились устойчивыми и имели тенденцию к дальнейшим позитивным сдвигам. У больных, для которых была характерна более выраженная позитивная динамика системы отношений и самооценки в процессе групповой психотерапии, в катамнестическом периоде отмечалась также более выраженная клиническая динамика.

Рис. 20 отражает характер изменения системы отношений пациентов в катамнестическом периоде. Хотя идеальные отношения в катамнезе характеризуются несколько более высокими значениями, чем в третьем исследовании, однако в целом, за счет роста значений отношений реального ряда к себе и основным сферам своего функционирования, продолжается сближение реальных и идеальных отношений. Понятия «самостоятельность» и «ответственность» приближаются к понятиям «я как человек», а «моя болезнь» все более удаляется. Ценность психотерапевтических методов продолжает возрастать, а лекарственных — уменьшаться (рис. 21). Таким образом, динамика системы отношений в катамнестическом периоде имеет ту же направленность, что и в процессе групповой психотерапии.

В другой работе, проведенной в нашей клинике

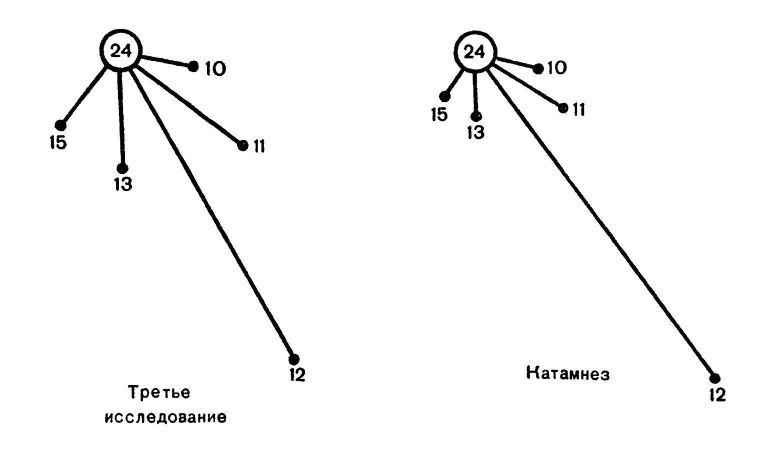


Рис. 21. Расстояния между понятием «идеальный психотерапевт» и отношениями к различным методам лечения, психотерапевтической группе и психотерапевту в третьем исследовании и в катамнезе (объяснения в тексте).

[Марковский И. К., цит. по Карвасарскому Б. Д., Бобковой В. В. и др., 1977], изучалась динамика в процессе групповой психотерапии такой характеристики личности, как «временна́я компетентность», т. е. отнесенность эмоционально значимых переживаний к прошлому, будущему или настоящему. Были обследованы больные неврозами, проходившие лечение в психотерапевтических группах. Обследования проводились с помощью специального опросника [Schostrom E., 1963]. В начале лечения у больных неврозами отмечались различные формы «некомпетентности» во времени: а) чрезмерная отнесенность эмоциональных переживаний к прошлому, связанная с излишним самоанализом, «застревание» на обидах, фрустрациях, сожалениях, связанных с прошлым; б) неконструктивная отнесенность переживаний к будущему: либо в форме гипертрофированного детального планирования будущих действий (вытекающего из страха перед будущим, неверия в себя), либо в форме бесплодных мечтаний при отсутствии всякой активности в направлении их реализации; в) состояние «самодовлеющего настоящего», не связанного ни с прошлым, ни с будущим, характеризующегося безответственностью в качестве психологической доминанты. В процессе групповой психотерапии происходило повышение показателей «временной компетентности», указывающее на факт конструктивной

интеграции как прошлого опыта, так и планов на будущее, центрирование этих отнесенных во времени эмоциональных переживаний в настоящем, использование их для настоящего. При этом прошлые переживания утрачивали свой психотравмирующий характер, а надежды на будущее становились реалистичными и рациональными. Интеркорреляционный анализ показал, что «временна́я компетентность» статистически значимо связана с показателями всех использовавшихся критериев эффективности психотерапии (степени симптоматического улучшения, степени осознания пациентом психологических механизмов болезни, степени изменения нарушенных отношений личности и степени улучшения социального функционирования). Под влиянием психотерапии отмечено достоверное повышение показателя выраженности внимания к своему внутреннему миру и внутреннему миру окружающих, межличностно-психологической восприимчивости, самооценки, контактности, эмоциональной экспрессивности и в то же время снижение ригидности в приверженности к стереотипности оценки и стандартов поведения. В этой серии исследований также зарегистрирована фаза определенной «дезинтеграции», совпадающая с интенсивностью конфронтации больного со своей конфликтной проблематикой, т. е. данными, полученными Г. Л. Исуриной у большинства обследованных ею больных неврозами во второй фазе процесса групповой психотерапии относительно дезинтеграции системы отношений, в том числе и самооценок, определявшихся с помощью методики Q-сортировки и семантического дифференциала.

Полученные в работах Е. В. Кайдановской и Г. Л. Исуриной данные указывают на важную роль психологических критериев для оценки эффективности личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии, значение которых особенно возрастает при оценке и прогнозировании отдаленных результатов лечения.

Динамика индивидуально-психологических характеристик больных неврозами в процессе групповой психотерапии исследовалась также Б. А. Барашем и соавт. (1982), Г. Х. Бакировой (1981). Установлено возрастание в процессе психотерапии таких синтетических значимых личностных характеристик, как степень интернальности, сознательности, самостоятельности и социальности больных.

В ряде работ, подытоженных Б. Д. Карвасарским, В. В. Бобковой и соавт. (1977), психофизиологические ис-

следования больных неврозами осуществлялись в процессе групповой психотерапии. Суммарные результаты этих исследований приведены в табл. 10. Регистрировались изменения в ходе психотерапии, в том числе под влиянием эмоционально значимых словесных раздражителей, ЭЭГ, КГР, СКП (спонтанных колебаний кожного потенциала) и Е-волны Уолтера.

Как видно из табл. 10, электрическая активность мозга, зарегистрированная у больных перед началом психотерапии, характеризовалась неустойчивостью и полиморфизмом фоновой ритмики. Примерно у половины из них отмечалось преобладание на ЭЭГ альфа-ритма (52 %), а у остальных альфа-колебания были более выражены в затылочных областях, однако и в лобных их индекс составлял не менее 25 %. Альфа-ритм большей частью имел заостренную форму и перемежался многочисленными быстрыми и острыми потенциалами и нерегулярными медленными колебаниями. Нормальные зональные различия наблюдались лишь у 29 % больных, а у большинства они оказались сглаженными. Быстрые потенциалы, главным образом в диапазоне β_2, регистрировались достаточно отчетливо на ЭЭГ у многих больных (67,7 %). Медленная дельта-активность была представлена в основном единичными нерегулярными волнами. Более характерным для обследованных больных оказалось наличие на ЭЭГ тета-ритма, который часто выявлялся в виде групп билатерально-синхронных волн с амплитудным преобладанием в передних областях коры, отражая имеющуюся у больных неврозами дисфункцию диэнцефально-стволовых структур мозга [Бобкова В. В., 1971]. На это уже указывает и наличие на ЭЭГ единичных пароксизмальных вспышек альфа-, тета- и острых волн генерализованного характера, которые у 32,2 % больных несколько усиливались при гипервентиляции. У большинства больных при этом появлялась или становилась более заметной неустойчивость фона ЭЭГ. Анализ реактивных изменений показал, что у 45,2 % больных реакции на открывание глаз имели инверсный характер, а у остальных были нормальными, но иногда (25,8 %) — несколько ослабленными. Большой интерес для понимания нейрофизиологических механизмов нарушений при неврозах и их динамики в процессе психотерапии представляет, как указано выше, изучение изменений ЭЭГ и вегетативных компонентов общей реакции под влиянием эмоционально значимых словесных раздражителей.

Таблица 10. Частота встречаемости (в процентах) энцефалографических и вегетативных показателей у больных неврозами на разных этапах групповой психотерапии

Этап исследования	Регулярный альфа-ритм	Тета-ритм	Нерегулярные дельта-волны	Бета-ритм	Пароксизмальная активность	Зональные различия	Неустойчивость к гипервентиляции	ЭЭГ-десинхронизация и КГР на значимые слова	Отчетливые			
									ЭЭГ-реакции на открывание глаз	ЭЭГ-реакции на значимые слова	СКП в фоне	КГР на значимые слова
I. До начала групповой психотерапии ($n=31$)	93,5± ±4,5	72,2± ±7,9	70,9± ±8,2	67,7± ±8,5	96,7± ±3,2	29,0± ±8,3	96,7± ±3,2	64,5± ±8,6	54,8± ±9,08	74,2± ±9,1	54,8± ±9,08	51,6± ±9,0
II. В период фокусированного воздействия на пациента в группе ($n=31$)	90,3± ±5,4	90,3± ±5,4	38,7± ±8,8	61,2± ±8,8	90,3± ±5,4	48,4± ±9,1	87,1± 6,1	51,6± ±9,0	58,1± ±9,0	86,6± ±6,2	35,4± ±8,7	70,9± ±8,2
III. Перед выпиской ($n=31$)	87,1± ±6,1	48,4± ±9,1	29,0± ±8,3	54,8± ±9,08	87,1± ±6,1	61,2± ±8,8	74,2± ±7,9	67,7± ±8,5	83,8± ±6,7	54,8± ±9,08	25,8± ±7,9	38,7± ±8,8
Статистическая значимость различий		II—III $p < 0,001$	I—II I—III $p<0,001$			I—III $p<0,001$	I—III $p<0,001$		I—III $p<0,01$	II—III $p<0,01$	II—III $p<0,02$	II—III $p<0,001$

Как известно [Бобкова В. В., 1971, и др.], при словесных воздействиях, особенно связанных с психотравмирующей ситуацией или болезненным симптомом, возникают отчетливые ЭЭГ-изменения и КГР, выраженность и длительность которых коррелирует со степенью эмоционального напряжения. Более длительная реакция десинхронизации и большая выраженность вегетативных компонентов реакции рассматриваются многими авторами как результат повышения возбудимости подкорковых структур мозга, в частности неспецифических активирующих систем ствола. Обычно ЭЭГ-реакция на значимые слова выражается десинхронизацией различной степени выраженности, но при неврозах преимущественно наблюдается инверсный характер изменений, а иногда и патологическое усиление реакций в виде хаотизации ЭЭГ, появления медленной активности, усиления быстрых и мышечных потенциалов и высоких КГР.

Наряду с отчетливыми изменениями электрической активности у обследованных больных наблюдается значительная выраженность КГР на эмоционально значимые словесные воздействия и СКП в фоне. Можно отметить различные соотношения между изменениями биопотенциалов мозга, СКП и КГР. Так, у ряда больных (64,6 %) имело место совпадение регистрируемых вегетативной и корковой реакций, но иногда при отчетливой КГР отсутствовала реакция десинхронизации и наоборот.

Изучение характеристик Е-волны показало, что она коррелирует с такими особенностями личности и психического состояния больных неврозами, как неуверенность, тревожность, раздражительность и снижение активного внимания. Обычно у этих больных преобладали волны малой амплитуды ($10{,}1 \pm 1{,}5$ мкВ, у здоровых $14{,}4 \pm \pm 1{,}3$ мкВ), возникающие с более длительным, чем в норме ($365 \pm 1{,}4$ мс), латентным периодом ($520{,}5 \pm 2{,}6$ мс) и измененные по форме, большей частью с пологим спадом, а иногда и не прерываемые императивным сигналом, что не отмечается у здоровых. На ЭЭГ Е-волна у больных неврозами обнаруживалась реже, чем у здоровых. Отмеченное удлинение латентного периода двигательной реакции свидетельствует об ослаблении активного внимания, поскольку укорочение времени реакции обычно связывают [Shagass Ch., 1975, и др.] с высоким уровнем внимания.

Снижение амплитуды Е-волны у обследованных больных сочеталось с быстрым появлением СКП и КГР и с

выраженностью ЭЭГ-реакций на словесные эмоционально значимые раздражители, т. е. имела место определенная диссоциация реактивности вегетативных и корковых функций. Такая диссоциация обусловлена, вероятно, не только ослаблением деятельности коры головного мозга, но и нарушением функции мезодиэнцефальных стволовых структур, с активностью которых связывают явления десинхронизации на ЭЭГ и вегетативные реакции. Это подтверждается, как было показано выше, и наличием на ЭЭГ больных неврозами вспышек распространенной медленной активности, а также тета-ритма, который, как и КГР, обнаруживается обычно при эмоциональном напряжении [Симонов П. В., 1972].

При исследовании на втором этапе (после серии групповых психотерапевтических занятий) в день обсуждения больного в группе отмечены определенная положительная динамика на ЭЭГ и улучшение вегетативных показателей, однако, как видно из табл. 10, эти сдвиги не являются статистически достоверными. В этом периоде исследований можно отметить даже более заметную диссоциацию реактивности разных функций, в частности нарушение обычных соотношений между выраженностью реакции десинхронизации на значимые словесные раздражители, СКП и КГР, что свидетельствует об определенной рассогласованности между отдельными функциональными системами головного мозга, обеспечивающими адекватное реагирование, а также о нарушении некоторых уровней лимбико-ретикулярной системы, связанной с выражением эмоций.

Более отчетливая нормализация вегетативных и биоэлектрических показателей, отражающих изменения адаптивных возможностей центральной нервной системы, наблюдается на третьем этапе исследования, перед выпиской больных из отделения.

Анализ изменений электрической активности показал, что на фоновой ЭЭГ несколько усилилась регулярность и выраженность альфа-ритма, значительно уменьшились, а у ряда больных исчезли медленные колебания в диапазоне как дельта-волн, так и тета-ритма (см. табл. 10). Быстрые потенциалы изменились незначительно, но общий характер ЭЭГ улучшился. Оставалась выраженной, хотя и в меньшей степени, пароксизмальная активность в виде кратковременных распространенных вспышек альфа-, тета-волн и острых волн, отражая изменения активирующих влияний подбугорной области и сетчатой

формации среднего мозга. Значительно увеличилось число больных с нормальными зональными различиями биопотенциалов, отмечалась отчетливая нормализация реактивных изменений ЭЭГ, а именно гипервентиляция у ряда больных не вызывала существенных нарушений характера электрической активности, увеличилось число нормальных реакций на открывание глаз, что говорит о повышении уровня функционального состояния коры головного мозга. Отмечены определенные корреляции между эмоциональными и вегетативными факторами. Так, значительно менее выраженными стали ЭЭГ-реакции на эмоционально значимые словесные раздражители, а у ряда больных не наблюдалось сдвигов ЭЭГ при этих воздействиях, что, по-видимому, свидетельствует об изменениях эмоциональной реактивности вследствие восстановления нарушенной под влиянием психотерапии системы отношений больного. Выявлены отчетливые сдвиги и со стороны вегетативных параметров: СКП стали значительно менее выраженными в фоне или исчезли совсем, а КГР на значимые словесные раздражители уменьшились или угасли.

Заметные изменения претерпели и характеристики Е-волны. Увеличился процент обнаружения ее на ЭЭГ, повысилась амплитуда, особенно в лобных областях ($12{,}8 \pm 1{,}3$ мкВ вместо $10{,}1 \pm 1{,}5$ мкВ), изменилась форма волны, чаще стали встречаться волны с более крутым спадом. Отмечено и укорочение латентного периода ответной двигательной реакции. Эти изменения параметров Е-волны можно объяснить повышением внимания и уверенности у этих больных.

Здесь можно отметить определенную закономерность в особенностях изменения КГР при изучении Е-волны. Как известно, медленная отрицательная волна (Е-волна Уолтера) появляется в интервале между предупреждающим сигналом (звук) и пусковым подкрепляющим стимулом (вспышка света). Необходимость ответить двигательной реакцией на появление второго стимула придает последнему определенную сигнальную значимость. После первого стимула мозг как бы оценивает интервал времени, в течение которого включается второй подкрепляющий сигнал, и подготавливается к его восприятию [Воронин Л. Г., Коновалов В. Ф., 1976]. В начале лечения КГР большей частью возникала до появления второго сигнала с неустойчивым латентным периодом (1,3—1,7 с), как бы свидетельствуя об определенной неуверенности больных и

о неполной готовности к принятию этого стимула и двигательному ответу, что подтверждается и удлинением латентного периода ответной реакции, а после курса лечения КГР возникала обычно сразу после двигательной реакции или не появлялась совсем, отражая, вероятно, процесс принятия решения. Эти изменения наблюдались на фоне нормализации Е-волны, особенно отчетливо в лобных областях коры, что, с одной стороны, подтверждает представление о важной роли этих отделов мозга в регуляции психических процессов и выполнении функций, лежащих в основе сложных форм поведения [Лурия А. Р. 1973], а с другой — свидетельствует о повышении активного внимания больных и уверенности в своих действиях.

Таким образом, с улучшением состояния больных и адаптацией их к обычным условиям жизни в результате психотерапевтического воздействия коррелирует отчетливая положительная динамика электрофизиологических показателей, которая, однако, не имеет однонаправленных сдвигов на втором и третьем этапах групповой психотерапии.

При любой мозговой патологии, как известно, в первую очередь активируется адренергический субстрат ретикулярной формации, что выражается в состоянии тревожности и эмоционального напряжения, в наличии на ЭЭГ тета-активности и высоких КГР. Вместе с тем эмоциональное напряжение вызывает не только изменение функционального состояния мозга, но и нарушение нейроэндокринного звена [Вальдман А. В., 1972; Судаков К. В., 1973]. Реакции эмоционального стресса сопровождаются нарушением в функционировании симпатико-адреналовой и гипофизарно-адреналовой систем [Бахур В. Т., 1977; Levi L., 1972]. Особенности изменения отдельных нейрохимических систем, в том числе и симпатико-адреналовой, у больных неврозами представлены нами в главе 6. Здесь приведем лишь данные, касающиеся динамики некоторых биохимически активных веществ в процессе групповой психотерапии этих больных.

По мнению ряда авторов, мерой степени выраженности эмоционального напряжения можно считать величину вегетативных и биоэлектрических сдвигов, в связи с чем мы попытались сопоставить полученные данные и проследить за динамикой электрофизиологических, биохимических и клинических показателей, отражающих эмоциональную реактивность в процессе групповой психотерапии.

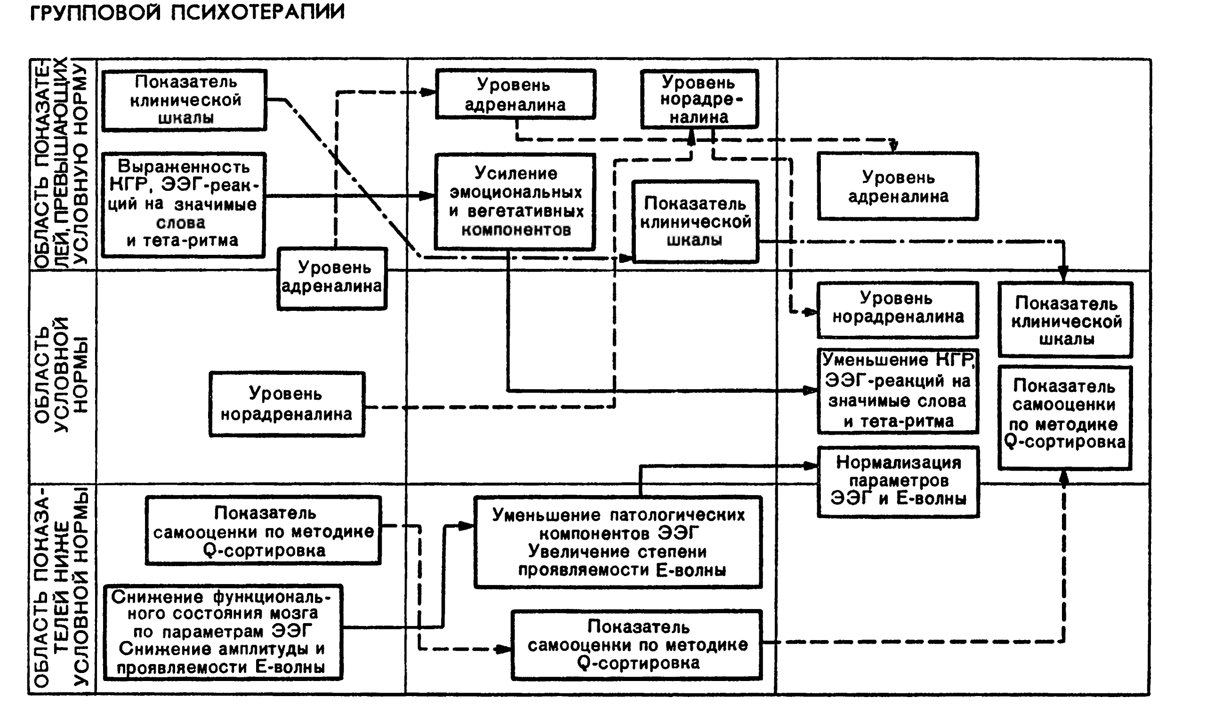
Проведенный анализ показал отчетливую зависимость между степенью выраженности тета-ритма на ЭЭГ, интенсивностью КГР и ЭЭГ-реакций на эмоционально значимые слова, повышением содержания адреналина и норадреналина, а также высокими показателями клинической шкалы, в частности субшкал активности, раздражительности, концентрации внимания и тревожности.

Эти соотношения значительно меняются к периоду окончания психотерапии и выписки больных из отделения после успешно проведенного лечения. Статистически достоверно уменьшается степень выраженности тета-ритма на ЭЭГ, реакций на значимые слова, СКП, КГР, а также снижаются показатели клической шкалы, что свидетельствует об ослаблении эмоциональной напряженности и уменьшении таких симптомов, как раздражительность, тревожность и снижение активного внимания. Это подтверждают и отмеченная ранее нормализация формы, и увеличение степени выраженности Е-волны. Наряду с улучшением клинического состояния больных, ЭЭГ и вегетативных функций имеют место и определенные положительные сдвиги в обмене катехоламинов, хотя экскреция адреналина остается несколько повышенной по сравнению с нормой, а уровень дофамина — сниженным.

Наблюдается неодинаковая направленность изменений параметров электрической активности мозга, а также эмоциональных и вегетативных компонентов реакций, характеризующих степень эмоционального напряжения на различных этапах групповой психотерапии. Более значительные отклонения в исходном состоянии и более отчетливую нормализацию после проведения групповой психотерапии имеют показатели КГР, индекс тета-ритма и выраженность ЭЭГ-реакций на значимые словесные раздражители, что свидетельствует, по-видимому, о преимущественном нарушении механизмов, регулирующих вегетативные и эмоциональные реакции (схема 2).

На втором этапе групповой психотерапии, который представлял для больных своего рода психологический стресс, поскольку происходила ломка привычных реакций и форм поведения, наблюдалась отрицательная динамика индивидуально-психологических показателей, обусловленная дезинтеграцией личностной структуры и снижением самооценки больных. Эти данные коррелировали с повышением уровня катехоламинов и с картиной определенной рассогласованности между отдельными функциональными системами разных уровней головного мозга.

СХЕМА 2. НАПРАВЛЕННОСТЬ КЛИНИЧЕСКИХ СДВИГОВ, ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ, ЭЛЕКТРОФИЗИОЛОГИЧЕСКИХ И БИОХИМИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У БОЛЬНЫХ НЕВРОЗАМИ НА РАЗНЫХ ЭТАПАХ (I—III) ГРУППОВОЙ ПСИХОТЕРАПИИ



Отмечалось увеличение числа случаев несовпадения корковой и вегетативной реакций на словесные эмоциональные раздражители и усиление выраженности эмоциональных и вегетативных компонентов реакций при меньшей тенденции к нормализации основных параметров ЭЭГ. Статистически значимо повышалась тета-активность на ЭЭГ, усиливались КГР- и ЭЭГ-реакции на значимые словесные раздражители, что свидетельствует об усилении эмоциональной реактивности и напряженности.

К периоду окончания групповой психотерапии в отличие от второго этапа исследования определялись преимущественно однонаправленные сдвиги клинических, психологических, нейрофизиологических и биохимических показателей, степень выраженности которых, однако, была различной.

В заключение необходимо подчеркнуть, что анализ результатов исследований, проведенных нами и сотрудниками в последние годы, вновь подтверждает высказанное ранее положение [Карвасарский Б. Д., Мурзенко В. А. 1979] о том, что при изучении механизмов лечебного действия и методов оценки психотерапии необходимо учитывать взаимодействие многочисленных и многомерных переменных как психологического, так и биологического характера, поскольку изменения, происходящие с больным и являющиеся конечной целью психотерапевтического воздействия, относятся к различным уровням интеграции и функционирования организма и личности.

Во многих работах описаны изменения на нейрофизиологическом, нейрохимическом и вегетосоматическом уровнях, вызываемые воздействием гипноза, аутогенной тренировки и других методов психотерапии. Эти данные представлены в монографиях К. И. Платонова (1962), А. С. Ромена (1970), П. И. Буля (1974), В. К. Мягер (1976), А. Г. Панова и соавт. (1980), А. М. Свядоща (1982), В. С. Чугунова, В. Н. Васильева (1984) и др. Большое значение в выявлении изменений на различных уровнях организма под влиянием психотерапевтических воздействий приобретают эксперименты с биологической обратной связью.

Прогностическое значение клинических, психологических и социальных характеристик при неврозах. В качестве важного аспекта проблемы неврозов, также позволяющего глубже понять их этиопатогенетические механизмы и механизмы терапевтического действия лечебных (в том числе психотерапевтических) методов, выступает аспект

прогностического значения при неврозах клинических, психологических и социальных факторов.

В табл. 11, составленной A. Sims (1975), приведены некоторые данные, относящиеся к рассматриваемому вопросу. Как видно из таблицы, чаще всего в качестве прогностически значимых факторов различные авторы указывают диагноз (форма невроза) и особенности симптоматики. Так же часто отмечаются особенности личностного преморбида, длительность заболевания и такие характеристики, как пол, возраст, семейное положение, социальное приспособление, в том числе степень адаптации на работе. Другие факторы указываются значительно реже.

А. П. Федоров (1977) приводит обширный обзор исследований, в которых освещается состояние данной проблемы.

В большинстве работ, касающихся прогностической ценности клинических признаков, подчеркивается значение характера симптоматики, степени остроты начала заболевания, его длительности, наследственной отягощенности нервно-психическими заболеваниями, невротических проявлений в детстве и др.

По данным S. Leder (1972), прогностически более благоприятным с точки зрения терапии является невроз страха, наименее благоприятным — невроз навязчивых состояний.

Е. А. Цуканова (1974) наиболее курабельными и, следовательно, прогностически благоприятными считает депрессивный и астенический синдромы независимо от степени их выраженности, если они являются основными в клинической картине невроза. Добавление ипохондрических симптомов позволяет предполагать неблагоприятное течение, причем значительную роль в этих случаях играет устойчивость вегето-висцеральных ощущений, которые способствуют формированию стойкого ипохондрического синдрома в рамках невротического развития.

На значение для прогноза степени остроты начала заболевания указывают Б. П. Калачев (1980, K. Ernst, C. Ernst (1965). Все они отмечают хороший прогноз в случаях острого начала заболевания.

Длительность невроза, оцениваемая по данным анамнеза, ухудшает прогноз при различных синдромах [Асатиани Н. М., 1966; Лакосина Н. Д., 1970; Мягер В. К., 1971; Greer H. S., Cawley R. H., 1966]. Подчеркивается, что чем более продолжительной является

Таблица 11. **Факторы, имеющие прогностическое значение при неврозах, по данным 32 зарубежных авторов** [Sims A., 1975]

Авторы, годы	Основные факторы												Дополнительные факторы
	диагноз и особенности симптоматики	длительность заболевания	предшествующие психические заболевания	возраст, пол, семейное положение	наследственная отягощенность	особенности преморбидной личности	интеллект	ранее окружение	социальное приспособление, в том числе адаптация на работе	наличие провоцирующих факторов	форма терапии		
Hardcastle, 1934				+									
Luff et al , 1935	+												
Harris, 1938		+				+			+				
Hamilton et al., 1942						+			+				
Ziegler et al., 1942	+												
Gutman et al., 1946						+			+				
Carter, 1949	+	+								+			
Terhune, 1949													Психотерапевт
Miles et al., 1951	+						+	+				+	Невротические проявления в детстве

Brill et al., 1955			+			+			+				
Eitinger, 1956						+	+						
Ljungberg, 1957	+					+							
Pollitt, 1957		+											Лейкотомия
Hastings, 1958	+												
Wallace et al., 1959						+							
Hoch et al., 1962										+	+		
Giel et al., 1964		+	+										Возраст начала болезни, постепенное начало
Roberts, 1964	+												
Kringlen, 1965	+					+							
Greer et al., 1966	+	+		+		+			+	+			Эмпатическая атмосфера дома
Kedward et al., 1966		+											
Jansson et al., 1967	+	+		+	+	+	+		+				Тип начала болезни
Lo, 1967	+					+				+			
Gundersson et al., 1968				+					+				
Weisker et al., 1968		+		+	+			+					Бездетная семья
Kay et al , 1969	+												
Kerr et al., 1970a	+			+									Домашние затруднения, суицидальные тенденции, показатели MMPI
Kerr et al , 1970б	+			+									
Noreik, 1970		+											
Saenger, 1970	+			+					+			+	Образование
Beiser, 1971	+			+					+				Социальное положение
Bovill, 1972											+		
Всего...	16	9	2	9	2	11	3	2	9	4	2	2	

болезнь, тем глубже внедряется она в жизнь больного, усложняя структуру невротического синдрома, создавая дополнительные проблемы. Вместе с тем в ряде работ отмечается, что продолжительность синдрома, его сложность могут и не иметь решающего значения для прогноза. Как показано в работах Э. А. Карандашевой (1976), I. M. Marks и соавт. (1971), тяжелые фобии и обсессии даже 10—20-летней давности нередко успешно излечиваются.

Литература, посвященная прогностической ценности наследственной отягощенности нервно-психическими заболеваниями, противоречива. Отмечается значение ее как для непосредственных результатов лечения, так и в катамнезе [Sund A., 1974, и др.]. Однако имеются и противоположные данные. D. Kuliszkiewicz (1974) указывает, что учет только одного фактора наследственной отягощенности не позволяет статистически достоверно прогнозировать устойчивость лечения в катамнезе.

Преморбидным личностным особенностям в качестве важнейшего прогностического фактора при неврозах придают значение подавляющее большинство отечественных и зарубежных авторов [Лакосина Н. Д., 1970; Липгарт Н. К., 1970; Карандашева Э. А., Мишина Т. М., 1973; Семке В. Я., 1975; Калачев Б. П., 1980; Ernst K., Ernst C., 1965; Kuliszkiewicz D., 1974, и др.]. Представляют интерес в рассматриваемом плане данные H. S. Greer и R. H. Cawley (1966). При обследовании 181 больного неврозом авторы установили, что при выписке пациенты с аномальными преморбидными особенностями личности имели худшие результаты лечения, хотя различия и не были статистически достоверными. Однако в катамнезе (от 4 до 6 лет, в среднем 5,3 года) результат лечения с высокой степенью достоверности определялся преморбидной личностью. Выздоровели или почувствовали значительное улучшение 71 % больных со «здоровой» личностью и только 40 % с «аномальной».

В известной работе L. Ljungberg (1957) катамнез прослежен у 381 больного истерией. Автор нашел, что 56,6 % мужчин и 53,4 % женщин, или 54,5 % больных всей группы, имели «здоровую» личность, остальные — «аномальную» (больные с истерическим типом личности, а также с психоинфантильным, психастеническим, шизоидным, циклоидным, обсессивным и др.). Прогноз лечения в катамнезе оказался достоверно лучше у больных со «здоровой» личностью.

В работе Е. Н. Конюховой (1985), выполненной в нашей клинике, изучался многолетний катамнез (от 5 до 22 лет) больных с неврозоподобными вариантами церебральных арахноидитов и энцефалитов и их сочетаний с психогениями. Сравнение групп больных «с улучшением» и «без улучшения» показало следующее: 1) указанные группы не различались по степени выраженности неврологической симптоматики и пневмоэнцефалографических изменений; 2) группы больных достоверно различались по степени выраженности личностных изменений в преморбиде, динамике психотравмирующей ситуации, характеру невротических проявлений, частоте госпитализаций после лечения по данному заболеванию. Таким образом, степень компенсации и декомпенсации исследованных больных в катамнезе определялась главным образом психогенно-невротическим компонентом заболевания.

В ряде работ подчеркивается значение отдельных психологических характеристик личности для прогнозирования степени эффективности психотерапии при неврозах.

S. Leder (1972) прогностически благоприятными для достижения терапевтического эффекта считает такие свойства личности, как стеничность, независимость, доверие, социальная синтонность, податливость к суггестии. Прогностически благоприятной является значительная выраженность показателя по шкале «сила Я». В исследовании В. В. Кормачева (1975), выполненном в нашем отделении, показано, что прогностически неблагоприятными применительно к групповой психотерапии больных неврозами являются высокие показатели по таким шкалам MMPI, как склонность к ипохондрии, истерические особенности личности, психопатические проявления, склонность к параноидным реакциям и тревога, а также низкие показатели по шкале «сила Я».

Большинство авторов не отмечают статистически значимого влияния уровня интеллекта на непосредственные и отдаленные результаты лечения у больных неврозами [Greer H. S., Cawley R. H., 1966; Sund A., 1974, и др.].

Это подтверждает исследование Ю. Я. Тупицына и А. Я. Барта (1971), проведенное под нашим руководством. На двух случайных выборках больных с различными формами неврозов (по 48 человек в каждой) с помощью программ многомерной статистики было

исследовано прогностическое значение для непосредственных результатов лечения экспериментально-психологических показателей набора интеллектуальных тестов Векслера, а также MMPI, методики для изучения фрустрации Розейнцвейга, личностного опросника Айзенка и проективной методики незаконченных предложений. Изучалась взаимосвязь степени клинического улучшения (по 4- и 10-балльной шкале) с отдельными психологическими показателями. Статистический анализ не выявил убедительной взаимосвязи между отдельными экспериментально-психологическими показателями и оценками степени клинического улучшения у больных неврозом.

Расхождение между отмеченным выше прогностическим значением преморбида и отдельными экспериментально-психологическими характеристиками личности подчеркивает большую ценность синтетических характеристик личности, основанных на клиническом опыте.

Резюмируя прогностическую роль клинических факторов, отражаемую в работах различных авторов, необходимо подчеркнуть вывод, к которому приходят в своих исследованиях K. Ernst и соавт. (1968), подчеркивающие, что для неврозов в принципе сохраняют свое значение те же основные факторы, которые определяют прогноз в целом при психических заболеваниях: личностный преморбид, острота психопатологических нарушений и выраженность аффективных расстройств. И в случае невроза прогноз тем благоприятнее, чем здоровее преморбидная личность, острее начало заболевания и эмоционально более окрашены его клинические проявления [цит. по Смулевичу А. Б., Завидовской Г. И., 1970]. Эти положения находят отражение также в работах ряда советских авторов, в том числе в обширных и тщательно выполненных исследованиях Б. П. Калачева (1980).

Пол больных в изолированном виде прогностического значения не имеет, о чем свидетельствуют работы T. A. Kerr и соавт. (1970) и др.

Неодинакова прогностическая ценность факторов, связанных с родительской семьей. Так, наличие распавшейся или сохранной семьи у родителей, возраст, в котором происходит распад семьи, порядок рождения, количество детей в семье родителей большинством авторов оцениваются как моменты, прогностически незначимые. Напротив, нарушенные условия воспитания относятся к статистически значимым факторам. По данным

A. Sund (1974), хорошее эмоциональное окружение в детстве, отсутствие излишней строгости в воспитании, успешная социальная адаптация во время пубертатного периода, гармоничная семья имели позитивное прогностическое значение. И наоборот, неблагоприятное ранее окружение прогнозирует плохой исход [Sims A., 1975].

В ряде исследований освещается прогностическая роль факторов социального приспособления, в том числе характера супружеских и производственных отношений.

H. S. Greer, R. H. Cawley (1966) установили, что семейное положение имеет значение для прогноза при неврозах. В группе больных, имевших семью, непосредственные результаты лечения были лучше, чем у холостых (различия достоверны), в катамнезе также отмечена выраженная тенденция к статистической достоверности различий. A. Sims (1975) отмечает в качестве предсказывающих плохой исход такие факторы, как неудовлетворительные супружеские и сексуальные взаимоотношения, а также недостаточно прочное социальное положение. В то же время другие авторы влияния семейного положения на прогноз при лечении неврозов не отметили.

Прогностическое значение производственных отношений исследовалось многими авторами [Кузнецов Ю. А., 1972; Кулиш И. Г., 1972; Gunderson E. K. et al., 1968; Beiser M. et al., 1971]. E. K. Gunderson и соавт. отметили большую частоту сохранных отношений на работе в группе больных с улучшением в катамнезе, причем эти различия были статистически достоверными.

Наличие рентных установок ухудшает как клинический, так и социальный прогноз при неврозах [Тупицын Ю. Я., 1971]. M. J. Tarsh, C. Royston (1985) указывают также, что при наличии рентных установок прогноз тем хуже, чем больше родственники верят в тяжесть заболевания и чем больше опекают больного; заболевание приобретает тенденцию к хронизации и становится способом жизни пациента.

Значение внешних психотравмирующих ситуаций и их связь с устойчивым улучшением в катамнезе рассматриваются в работах Ю. А. Кузнецова (1973), Л. Д. Малковой (1975), H. S. Greer, R. H. Cawley (1966). Чаще подчеркивается, что возникновение невроза после отчетливо выявленной психотравмирующей ситуации является прогностически более благоприятным, чем в случаях, когда ее выявить не удается. Больные с ограниченными проблемами, вызвавшими заболевание, имеют лучший

прогноз, чем больные, у которых не выявляется ясно очерченных проблем. Прогностически наименее благоприятны неопределенные жалобы на потерю перспективы и бессмысленное существование, уменьшение остроты и эмоциональной насыщенности отношения больного к конфликту, смещение его интересов на другие текущие жизненные затруднения с драматической окраской мелких будничных неприятностей [Цуканова Е. А., 1974, и др.].

На разрешение невротического конфликта как важный фактор, определяющий терапевтический эффект в катамнезе, указывают S. Leder и соавт. (1968), D. Kuliszkiewicz (1974).

Ряд авторов подчеркивают важность для прогноза учета возможностей сочетания нарушений разных сфер отношений в каждом конкретном случае.

Во многих работах рассматривается прогностическое значение при неврозах терапевтических факторов. Р. А. Зачепицкий (1974) решающую роль в плане благоприятного прогноза отводит личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии, полагая, что отдельные моменты, характеризующие терапевтический процесс: хорошее начало первых бесед больного с врачом, соответствие метода психотерапии ожиданиям пациента, вера во врача и др., на что указывается рядом авторов, имеют лишь относительную ценность для прогноза.

Этим не отрицается, однако, важность всего комплекса факторов взаимоотношения врача и больного в процессе лечения для прогнозирования его эффективности, о чем убедительно свидетельствуют приведенные ранее данные В. А. Ташлыкова (1974).

G. Persson и соавт. (1984) подчеркивают, что прогноз психотерапии невротических расстройств определяется учетом прогностически благоприятных и неблагоприятных факторов по отношению к каждому виду терапии — динамической, поведенческой и др. Согласно данным литературы, благоприятный прогноз динамической психотерапии определяется такими факторами, как образование, уровень интеллекта, большая сила «Я», широкие межличностные связи до болезни, отсутствие детского травматического опыта и др., при поведенческой терапии имеют значение экстравертированность, эмоциональная стабильность, низкий уровень тревоги и др.

В то время как подавляющее большинство работ

посвящено рассмотрению прогноза в зависимости от отдельных переменных, касающихся больного, его ситуации и терапевтического процесса, лишь в немногих исследованиях делаются попытки сформулировать общие направления прогноза или создания оценочных шкал, дающих возможность, учитывая одновременно ряд факторов, увеличить достоверность прогноза. К таким работам относятся, в частности, исследования наших сотрудников А. К. Мельникова (1988) и А. П. Федорова (1977).

При анализе результатов катамнестического исследования 75 больных неврозами, проходивших лечение в нашей клинике, главным образом методом личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии в групповой ее форме (длительность катамнеза от 5 до 11 лет), А. К. Мельников пришел к следующим выводам. 1. На исходы неврозов оказывают влияние такие клинические характеристики, как стадия развития невроза, синдром, степень выраженности характерологических нарушений, особенности внутриличностного невротического конфликта, и в меньшей степени — нозологическая принадлежность невроза. 2. Достигнутые к моменту окончания групповой психотерапии позитивные психологические изменения, затрагивающие в основном когнитивный и эмоционнальные компоненты системы отношения, являются в целом устойчивыми. Реализация этих изменений на поведенческом уровне определяет выраженность и стабильность клинического эффекта, регистрируемого в катамнезе. 3. Уровень нарушения социальной адаптации больных неврозами, отражая тенденцию углубления дезадаптации, с возрастанием тяжести невротических расстройств не имеет, однако, прямой зависимости от степени симптоматического улучшения. Более тесная связь показателей социального функционирования регистрируется с характером разрешения интрапсихического конфликта, личностными особенностями больных, наличием актуальных негативных жизненных событий и вариантами реагирования человека на них. Результаты этого исследования вновь подтверждают тот факт, что достигаемые в ходе личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии личностные изменения, связанные с перестройкой системы отношений больных неврозами, ведут к устойчивому клиническому эффекту через реализацию этих изменений в реальной жизни пациента. Этот процесс находит отражение в повышении

социально-психологической адаптированности больных неврозами.

А. П. Федоровым (1977) в соответствии с наметившейся тенденцией выявления прогностической информативности различных факторов с помощью современных методов математической статистики сделана попытка разработки таблиц для прогнозирования терапевтического эффекта при неврозах в катамнезе по всем 4 указанным выше критериям эффективности их лечения, а также отдельно для больных истерией и неврастенией. Таблицы разработаны с помощью неоднородной последовательной статистической процедуры. Одна из таких таблиц, полезность которой для прогнозирования терапевтического эффекта по критерию симптоматического улучшения была подтверждена на контрольной группе больных неврозами, включает в себя 15 следующих наиболее информативных признаков, расположенных в соответствии с их ранговыми номерами: 1) степень осознания психологических механизмов болезни к моменту выписки; 2) степень разрешения невротической конфликтной ситуации к моменту выписки; 3) степень выраженности личностных нарушений; 4) степень нарушения сексуальных отношений; 5) степень нарушения микросоциальных связей; 6) степень нарушения отношений в семье; 7) характер семьи, в которой воспитывался больной; 8) степень нарушения воспитания в детстве (общая оценка); 9) наличие наследственной отягощенности нервно-психическими заболеваниями; 10) степень нарушения производственных отношений после начала заболевания; 11) наличие невротических проявлений в детстве; 12) степень нарушения производственных отношений до начала заболевания; 13) наличие затруднений в адаптации в школе; 14) наличие психических травм в детстве; 15) наличие в анамнезе черепно-мозговых травм.

Как видно из указанного перечня признаков, большей прогностической значимостью обладают те из них, которые отражают степень осознания психологических механизмов болезни под влиянием лечения, разрешения реальной конфликтной ситуации и личностных нарушений. Высокая степень осознания психологических механизмов болезни и разрешения патогенной конфликтной ситуации при отсутствии значительных личностных нарушений свидетельствует с высокой достоверностью о положительном прогнозе по критерию симптоматического улучшения.

Таблица 12. Факторы терапевтического прогноза (непосредственных и отдаленных результатов лечения)

Характеристики ВКБ	Прогностически	
	благоприятные (преимущественно ДП и ФП варианты)	неблагоприятные (преимущественно ДС и ФС варианты)
Характеристики болезни и личности		
Форма невроза и пол больных	Неврастения (мужчины) с ДП ВКБ	Истерия (женщины) с ФС ВКБ
Этап развития	Острый	Невротическое развитие
Длительность невроза	Менее 5 лет	Более 5 лет
Концепция болезни	«Психогенная»	«Соматогенная»
Нозофобный элемент ВКБ	Болезнь как частичное и временное препятствие	Болезнь как «тупик» в жизни
Нозофильный элемент ВКБ	Демонстративно-защитное поведение	Демонстративно-рентное и рентное поведение
Уровень осознания причин невроза	Высокий уровень (особенно при ФП ВКБ)	Низкий уровень (особенно при ДС ВКБ)
Жизненные интересы	Работа, семья, личностное развитие	Здоровье, утилитарная ориентация
Стереотипы реагирования в трудных ситуациях	Противодействие	Перенесение ответственности на других
Тип фрустрационных реакций	Экстрапунитивная направленность, тип реакции «продолжения потребности»	Интрапунитивная направленность, самозащитный тип реакции
Механизмы компенсации и защиты	Гиперкомпенсация, уход в работу, интеллектуализация	Уход в болезнь, рационализация, нетерапевтическое отреагирование
Характеристики терапии		
Тип мотивации к лечению	Установка на изменение поведения и самопознание	Установка на получение «вторичного выигрыша»

Продолжение табл. 12

Характеристики ВКБ	Прогностически	
	благоприятные (преимущественно ДП и ФП варианты)	неблагоприятные (преимущественно ДС и ФС варианты)
Постановка лечебных задач	Высокий уровень реалистичности	Низкий уровень реалистичности
Симптоматическое улучшение	Снижение уровня общеневротических жалоб	Сохранение жалоб соматического круга
Осознание конфликтов	Повышение уровня осознания	Сохранение или снижение уровня осознания
Уровень самооценки	Повышение уровня активных положительных черт	Сохранение конфликтности, низкого уровня самооценки и отрицательных черт
Динамика механизмов защиты	Уменьшение выраженности пассивных типов	Сохранение пассивных типов (их ригидность)
Тип контакта «врач—больной»	Эмпатическое партнерство (при ДП ВКБ) и руководство (при ФП ВКБ)	Эмоционально-нейтральное партнерство (при ДС ВКБ) и руководство (при ФС ВКБ)

Дальнейшим развитием приведенных выше исследований применительно к личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии явилось изучение прогностических факторов при неврозах с учетом особенностей внутренней картины болезни (ВКБ), проведенное в нашей клинике В. А. Ташлыковым (1986). В табл. 12 указаны факторы прогноза непосредственных и отдаленных результатов лечения по отношению к больным с выделенными автором депрессивным-психоцентрированным (ДП), фобическим-психоцентрированным (ФП), депрессивным-соматоцентрированным (ДС) и фобическим-соматоцентрированным (ФС) вариантами внутренней картины болезни.

В заключение сошлемся на результаты исследований, проведенных в клинике неврозов Института психиатрии и неврологии в Варшаве, о которых сообщает S. Leder (1972). Он подчеркивает, что не все факторы, важные для достижения улучшения в процессе лечения, оправдывают себя как прогностически надежные (например, мотивация к лечению и инсайт), так же как не все факторы, прогностически неблагоприятные, делают невозможным достижение улучшения (например, астеническая личность), наконец, не все факторы, затрудняющие достижение улучшения, являются прогностически плохими (например, неблагоприятные социально-бытовые условия, внешняя ситуация, поскольку они могут меняться).

На достижение терапевтического эффекта, конечно, влияют переменные врача и используемые им методики, однако не сами по себе, а во взаимосвязи с переменными больного и ситуации.

Нет необходимости подчеркивать значение для широкой врачебной практики прогностических моделей и таблиц, которые позволили бы предсказывать возможные результаты лечения больных неврозами. Изложенные выше данные позволяют надеяться на их разработку в дальнейшем, так как очевидно, что ценность подобных прогностических методов будет определяться степенью отражения в них наших знаний о природе неврозов, влияний всей совокупности клинических, психологических и социальных факторов на развитие невротических расстройств.

Глава 10. ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ВОПРОСЫ ЛЕЧЕНИЯ, РЕАБИЛИТАЦИИ И ПРОФИЛАКТИКИ НЕВРОЗОВ

Лечебная помощь больным неврозами в нашей стране строится по принципу ступенчатости, реализующемуся в виде системы медицинских учреждений, обеспечивающих проведение всего объема лечебных реабилитационных и профилактических мероприятий [Чуркин А. А., 1979, 1987]. Основные этапы этой системы получили существенное развитие за последние десятилетия.

Поликлиника — основное звено лечебного обслуживания населения — выступает также в качестве первого этапа помощи больным неврозами. Исследования, проводившиеся Т. И. Савельевой (1976) при нашем соруководстве в 3 общесоматических поликлиниках Ленинграда, показали, что больничные листы, полученные лицами, страдающими неврозами, составили примерно 5 % всех больничных листов, выданных терапевтами и невропатологами этих поликлиник.

Психотерапевтическая помощь больным неврозами, оказываемая врачами поликлиники, имеет свои особенности [Alexiew A. C., 1976, и др.]. Это быстрое установление лечебного контакта между больным и врачом, причем врач является достаточно активной стороной в терапевтическом процессе; мобилизация всех неспецифических факторов лечебной ситуации для повышения терапевтического воздействия; психотерапия выступает в виде кратковременного интенсивного воздействия, она обычно индивидуальна, проводится в форме рациональной психотерапии (разубеждение с внушением прямым и косвенным); психотерапия всегда сочетается с фармакотерапией, физиотерапией и другими видами лечения. При наличии диагностических и терапевтических трудностей больного подготавливают к специализированному лечению.

С учетом значительного процента больных с невротическими расстройствами на приемах невропатологов и терапевтов поликлиник возникает необходимость в повышении квалификации последних в области неврозов и психотерапии. В нашей стране основной формой такой подготовки являются циклы на кафедрах психотерапии институтов усовершенствования врачей (в Москве, Ленинграде, Харькове и некоторых других городах нашей страны), а также на семинарах, периодически организуемых научно-исследовательскими институтами,

разрабатывающими проблемы неврозов и психотерапии (Институт им. В. М. Бехтерева и др.).

Важнейшее значение в деле коренного улучшения психотерапевтической помощи больным неврозами сыграли приказы Министерства здравоохранения СССР № 750 от 31 мая 1985 г. и Министерства здравоохранения РСФСР № 903 от 19 декабря 1986 г., содержащие, в частности, положение об открытии психотерапевтических кабинетов при городских поликлиниках, обслуживающих не менее 30 тыс. взрослого населения.

В психотерапевтическом кабинете [Тупицын Ю. Я., Щеглов Л. М., 1984; Щеглов Л. М., 1986] проводятся консультации всех больных, направляемых врачами поликлиники с целью уточнения диагноза и лечения, осуществляется отбор больных для лечения в психотерапевтическом кабинете и психоневрологическом диспансере. Одновременно с этим в психотерапевтическом кабинете осуществляется внедрение принципов медицинской деонтологии, психогигиены и психопрофилактики в работу всего персонала поликлиники. Создание таких кабинетов продиктовано как увеличением числа неврозов со сложными психогенными, преимущественно соматическими, нарушениями, так и распространенным до настоящего времени среди населения предубеждением к лечению в собственно психоневрологических учреждениях. Сам факт направления больного, страдающего неврозом, в психоневрологический диспансер нередко является для него психической травмой и приобретает ятрогенное значение.

Это положение убедительно иллюстрируется данными, приводимыми В. Ф. Десятниковым и соавт. (1974), касающимися сроков постановки на учет больных неврозами в Куйбышевском городском психоневрологическом диспансере. На 1-м году заболевания на учет в диспансере было взято 46,7 % больных, на 2—3-м году — 30,5 %, на 4—5-м — 8,4 %, на 6—8-м — 7,4 % и т. д. По данным М. Э. Телешевской и соавт. (1975), лечение 66 % больных неврастенией (наиболее распространенной формой невроза) начало проводиться в психоневрологическом диспансере лишь спустя 3 года после начала заболевания, хотя хорошо известно, что ранняя диагностика неврозов и своевременно начатая патогенетическая терапия уменьшают количество тяжелых форм с хроническим течением, в то время как поздняя обращаемость больных к специалистам-психотерапевтам (свыше 3 лет от начала заболевания) приводит к снижению процента

выздоровления. Существуют и другие причины позднего обращения больных неврозами к врачу, кроме указанной выше (например, низкий уровень психогигиенических и психопрофилактических знаний), однако основное значение среди этих причин имеет нежелание больных лечиться в диспансере, в котором, по их мнению, обслуживаются психически (душевно) больные и основной стационарной базой которого является психиатрическая больница. Их пугают негативные последствия обращения в диспансер (отношение знакомых и сослуживцев, страх лишиться водительских прав и др.).

В поликлиниках психотерапевтическую помощь оказывают основной массе больных неврозами, а также пациентам с невротическими осложнениями органических заболеваний нервной системы и соматической патологии. В кабинетах психотерапии появляется возможность реализации более разносторонних и специализированных воздействий, включающих не только симптоматические, но и личностно-ориентированные (реконструктивные) психотерапевтические методы как в индивидуальной, так и групповой форме. В связи с тем, что в психотерапевтических кабинетах поликлиник психотерапия сочетается с мероприятиями по оздоровлению среды, окружающей больного неврозом, принципиально важным является принятое решение о включении в штат такого кабинета психолога для участия не только в психодиагностической работе, но и в психотерапии, главным образом в групповых ее формах, в качестве котерапевта.

О. А. Гусевым и соавт. (1983) проведено сравнительное изучение эффективности лечения большой группы больных в психотерапевтических кабинетах двух ленинградских поликлиник в течение года до и после посещения кабинета. Сравнивался ряд показателей. До лечения у психотерапевта (больным оказывали помощь невропатолог и терапевт) в течение года в поликлинику обратилось 60,8 % исследованных больных, после лечения — 36,5 %. Показатели заболеваемости с временной утратой трудоспособности составили 27 на 100 до лечения и 10,8 на 100 после лечения, соответственно в днях — 724 и 254. Эти данные свидетельствуют о достаточно высокой медико-социальной эффективности психотерапевтической помощи, оказываемой в психотерапевтическом кабинете поликлиники.

Анализ работы нескольких психотерапевтических кабинетов поликлиник [Тупицын Ю. Я., 1981; Тупицын

Ю. Я., Щеглов Л. М., 1984] показал, что за год в одном кабинете могут получить лечение 500 больных при средней продолжительности лечения 30—40 дней и частоте посещения 3 раза в неделю.

Следующее — второе — звено оказания лечебной помощи при неврозах — районный, городской, областной психоневрологические диспансеры (психотерапевт, психотерапевтический кабинет, психотерапевтическое отделение). До организации кабинетов в поликлиниках психоневрологический диспансер является единственным амбулаторным звеном квалифицированной диагностической и специализированной психотерапевтической помощи больным неврозами. В настоящее время в диспансерах по направлению поликлиник проводится лечение больных, страдающих тяжелыми, затяжными формами неврозов с выраженными психопатологическими нарушениями. Здесь же в условиях динамического наблюдения осуществляется более тщательная дифференциальная диагностика между неврозами и другими пограничными состояниями и инициальными формами психических заболеваний. Психотерапевтами диспансеров накоплен большой опыт проведения практически всех существующих видов симптоматической и личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии. Необходимо подчеркнуть также их опыт в проведении дифференцированной фармакотерапии, прежде всего с помощью современных психотропных средств.

Возможно, дальнейшим шагом в организации амбулаторной психотерапевтической службы станет создание городского психотерапевтического диспансера /Чуркин А. А., 1979/. Вопросы организации, структуры и опыта работы первого в нашей стране психотерапевтического диспансера в г. Новокузнецке приводят Л. И. Большин и В. В. Бессоненко (1977). Городской психотерапевтический диспансер способен обеспечить более квалифицированную помощь населению и может взять на себя функции координатора работы психотерапевтических кабинетов поликлиник и психоневрологических диспансеров, а в относительно небольших городах сможет их заменить.

Третьим звеном являются учреждения полустационарного типа — дневные стационары при психоневрологических диспансерах. Наряду с лечением больных неврозами в дневных стационарах диспансеров в условиях их обычного смешанного контингента в настоящее

время имеется уже опыт работы специализированных дневных стационаров при крупных областных психоневрологических диспансерах для лечения одних лишь больных неврозами [Курако Ю. Л. и др., 1974]. Задачи такого дневного стационара следующие: уточнение диагностики, более интенсивное комплексное лечение больных с затяжными формами неврозов, все виды социально-трудовой реадаптации больных (урегулирование производственных и семейных конфликтов, оказание социально-правовой помощи и др.). На обслуживание и лечение больного при этой форме работы (вечернее и ночное время больные проводят дома) расходуется меньше средств, чем на таких же пациентов в обычном психиатрическом стационаре. Преимуществом этой формы является также большая приемлемость ее для больных неврозами ввиду отсутствия контакта с психически больными, наличия более продуктивных взаимоотношений с врачом, пребывания (что важно в ряде случаев) в обычной для больного домашней среде и в целом быстрейшее возвращение больного к трудовой деятельности.

J. W. Aleksandrowicz и соавт. (1975) описывают модель интенсивной групповой психотерапии, практикуемой в дневном стационаре в течение многих лет. Психотерапия проводится в группах из 10 больных неврозами 4—5 раз в неделю по 4—5 ч в день. Подчеркивается эффективность этой формы работы в системе комплексного лечения неврозов.

Дневной стационар может использоваться для долечивания и постепенного приспособления к обычной жизненной обстановке больных неврозами, прошедших лечение в психиатрических стационарах.

В настоящее время существует разносторонний положительный опыт лечения больных неврозами в специализированных отделениях при краевых, областных и городских психиатрических больницах и в ряде общесоматических больниц. Эти отделения, выступающие в качестве четвертого звена ступенчатой системы помощи больным неврозами, характеризуются своими режимами, не повторяющими режимы спокойных отделений психиатрических больниц. В отделения неврозов при соматических больницах поступают главным образом пациенты с выраженными невротическими, нейровегетативными и нейросоматическими расстройствами, невротическими фиксациями и осложнениями соматических заболеваний.

Большой опыт лечения больных неврозами в специализированных отделениях, в том числе с так называемым режимом терапевтического сообщества, накоплен у нас и в других социалистических странах — ГДР, ПНР, ЧССР, ВНР.

Лечение неврозов в условиях специализированного отделения [Карвасарский Б. Д., Мурзенко В. А. и др., 1979] обладает в сравнении с амбулаторным рядом специфических особенностей. Особенности эти касаются, во-первых, контингента больных, с которыми проводится психотерапия. Сама логика организации психоневрологической помощи требует отбора для лечения в стационарных условиях пациентов либо с хроническими, тяжелыми формами неврозов, либо с заболеваниями, осложненными органической патологией центральной нервной системы, либо, наконец, таких больных, для которых повседневное социальное окружение является постоянным источником декомпенсации и настолько тяжелого эмоционального стресса, что это делает чрезвычайно трудной или почти невозможной психотерапию в амбулаторных условиях. Из этих соображений следует, что доминирующим видом лечения в стационарном отделении является личностно-ориентированная (реконструктивная) психотерапия, направленная на устранение причин и механизмов развития болезни. Смягчение или ликвидация симптоматики должны рассматриваться как дополнительное воздействие, подчиненное основной задаче терапии.

Во-вторых, особенность стационарной терапии состоит в том, что условия специализированного отделения представляют возможность значительной интенсификации процесса лечения в сравнении с амбулаторным. Пребывание больного в отделении в течение суток позволяет организовать распорядок дня и образ жизни так, чтобы буквально все проводимые мероприятия обладали психотерапевтическим потенциалом; при этом практически стирается грань между социотерапевтическими и собственно психотерапевтическими воздействиями, максимально стимулируется активность самих больных, повышается эффективность как специфических, так и неспецифических форм психотерапии за счет создания психотерапевтического климата.

Наконец, условия специализированного отделения позволяют при наличии групповых методов использовать такую эффективную форму психотерапевтического воздействия, как так называемый психотерапевтический

коллектив, создание и функционирование которого чрезвычайно затруднены в амбулаторных условиях.

Помимо различных форм групповой психотерапии, о которых говорилось выше, задаче коррекции неадекватных форм общения и поведения подчинены и те формы лечебных воздействий, которые выходят за рамки психотерапии в узком понимании и могут быть определены как преимущественно социальные воздействия. К ним относятся самообслуживание, деятельность «совета больных», трудовая терапия и арттерапия, использование дифференцированных режимов и т. д.

Рассматривая вопросы организации психотерапевтических воздействий в условиях специализированного отделения неврозов [Чугунов В. С., Еремеев М. С., 1977], следует подчеркнуть, что как в нашей клинике, так и во многих других /Макеева Е. И., 1981, и др./ создание психотерапевтической среды с интенсивным использованием различных видов психотерапии обычно требует реорганизации работы среднего медицинского персонала.

Назначение того или иного режима определяется состоянием больного, а также лечебно-реадаптационными задачами. При условии существенного улучшения в состоянии пациента в целях практического разрешения актуальных для него производственных, бытовых или семейных проблем, намеченных в процессе психотерапии, его переводят на более свободные режимы. Очевидно, назначение режима и перевод больного с одного режима на другой в период пребывания в стационаре могут эффективно использоваться в психотерапевтических целях.

Комплекс психосоциальных воздействий в условиях психотерапевтического коллектива создает пациентам благоприятные возможности для того, чтобы в реальной деятельности и общении произвести коррекцию отношений и форм поведения, осознание необходимости которой было достигнуто в результате индивидуальной и групповой психотерапии.

Эффективное проведение лечебно-восстановительной терапии больных неврозами в стационарных условиях требует наряду со специализацией врачей и медицинских психологов также подготовки среднего медицинского персонала. Медицинские сестры, выполняя свои обычные функции, если это целесообразно, выступают в роли специально подготовленных психотерапевтических сестер и осуществляют обязанности, связанные с проведением

поведенческой, двигательной терапии, арттерапии, социотерапии и т. д.

В связи с тем что в течение 1—2 мес обычного пребывания пациента в специализированном отделении неврозов не всегда удается выполнить весь комплекс лечебно-реабилитационных задач, существуют различные формы так называемой поддерживающей психотерапии после выписки больного из стационара. Это могут быть группы амбулаторной поддерживающей психотерапии при том же отделении или том же учреждении, в котором находился на лечении больной неврозом. Одной из таких форм поддерживающей психотерапии является клуб бывших пациентов. Задачей клуба является продолжение начатой в стационаре психотерапевтической работы с целью возможно более полной социально-трудовой реабилитации больных.

В условиях клуба сохраняется тесный контакт между больными и врачом-психотерапевтом, который осуществляет все необходимые мероприятия по разрешению имеющихся у больных трудностей, конфликтных ситуаций, по перестройке нарушенных отношений личности, продолжая эту работу с учетом особенностей клиники, патогенеза, целей и задач, а также результатов психотерапии, проводившейся на предшествующих этапах лечения.

В клубе бывших пациентов в зависимости от характера и клинической картины заболевания могут применяться различные психотерапевтические методы: рациональная психотерапия во всем многообразии ее форм и приемов, активирующая психотерапия, гипнотерапия, аутогенная тренировка, различные формы групповой психотерапии, а также общеоздоровительные мероприятия. Занятия с больными проводятся во внерабочее время один раз в неделю или реже. По данным В. А. Киселева (1974), эффективность поддерживающей психотерапии в условиях клуба бывших пациентов подтверждается значительным снижением показателей временной нетрудоспособности по невротическому заболеванию среди членов клуба (более чем на $^1/_3$), а также сокращением числа приемов у врача диспансера. Клуб может рассматриваться как определенное звено в социально-трудовой реабилитации больных неврозами, которое используется лишь в течение определенного времени, начиная с выписки пациента из стационара до стабилизации нервно-психического состояния и полного восстановления трудоспособности. Очевидно, клуб представляет интерес и как

центр психопрофилактической, медико-педагогической работы не только с больными неврозами, но и людьми, их окружающими. Участие больных в работе клуба осуществляется в течение периода (от нескольких месяцев до 1 года), определяемого психотерапевтом, исходя из клинических особенностей заболевания и реадаптационных показаний. Само название «клуб бывших пациентов» имеет психотерапевтический компонент. Им подчеркивается, что речь идет о людях, практически здоровых, а не о больных, не о лечении, а о закреплении результатов лечебно-восстановительной терапии.

В отдельных случаях, чтобы избежать передачи больного другому врачу (при необходимости проведения поддерживающего лечения по месту жительства больного), это лечение может быть продолжено путем контактов, осуществляемых по телефону и по почте. Эта форма применяется как советскими, так и зарубежными специалистами.

В последние годы накапливается опыт использования для лечения и профилактики неврозов и других пограничных нервно-психических расстройств в дополнение к описанным выше иных организационных форм: специализированных больниц, психиатрических кабинетов (кабинетов функциональной неврологии) в общесоматических поликлиниках и медико-санитарных частях промышленных предприятий, кабинетов социально-гигиенической профилактики, дневных и ночных санаториев при крупных промышленных предприятиях, кабинетов психоэмоциональной разгрузки при физкультурно-оздоровительных комплексах и др. (Козырев В. Н., Смулевич А. Б., 1982; Александровский Ю. А., 1987; Семке В. Я., 1987; Чуркин А. А., 1987, и др.).

Важным звеном восстановительных мероприятий при неврозах в нашей стране выступает санаторно-курортный этап, так как больные неврозами составляют значительный процент лиц, направляемых в санатории. И. З. Вельвовским (1972), А. Т. Филатовым (1972), Я. М. Мушером (1977) разработаны научно-организационные основы психотерапевтической помощи больным неврозами в санаторно-курортных условиях и создана психотерапевтическая служба в санаториях, получившая широкое распространение.

В психотерапевтических кабинетах санаториев в основном используются рациональная психотерапия и суг-

гестивные методы воздействия обычно с применением современных радиотехнических средств.

Относительно короткие сроки пребывания больного в санатории, большое число обслуживаемых больных требуют, с одной стороны, приспособления существующих методик психотерапии к условиям курорта, а с другой — определенной тактики ведения больных психотерапевтом (активный характер психотерапии, обязательное сочетание ее с курортными факторами, психотерапевтическое потенцирование и опосредование последних). Лечение должно начинаться в первые же дни после поступления пациента в санаторий. Этому может помочь экспресс-диагностика с помощью стандартизованных и экономичных с точки зрения затраты времени и труда клинико-психологических методик.

Важное значение имеет внедрение методов групповой психотерапии в практику работы санаторных учреждений. Во-первых, санатории располагают сегодня наибольшим числом хорошо оборудованных психотерапевтических кабинетов, и, во-вторых, интеграция групповой психотерапии в работу этих кабинетов позволит значительно расширить спектр применяемых в них методов (в большинстве санаториев до настоящего времени используются преимущественно гипноз и аутогенная тренировка).

Опыт групповой психотерапии в санаторной практике в нашей стране пока невелик, тем большего внимания заслуживает работа Н. К. Липгарт, А. Л. Гусова, А. В. Криничанского и соавт. (1980), в которой рассматриваются некоторые особенности проведения групповой психотерапии в комплексе санаторно-курортного лечения.

С учетом обычного срока пребывания в санатории (24 дня) более целесообразна работа в открытой психотерапевтической группе, состав которой частично обновляется за счет вновь поступающих пациентов. Занятия проводятся ежедневно по 1,5 ч.

Из большого арсенала методов групповой психотерапии для санаторных условий целесообразно отобрать те, которые позволяют с первых групповых занятий заинтересовать, объединить пациентов, повысить их эмпатический потенциал, а также дают возможность получить материал для самопознания и развития групповой дискуссии. Это прежде всего психогимнастика, проективный рисунок, методика разыгрывания ролевых ситуаций и др. Уместно также использовать, в особенности для фокусирования внимания на отдельных, более трудных пациен-

тах, такие приемы, как «психотерапевтическое зеркало», «коррекция масштаба переживания», «лечебная перспектива», «конструктивный спор» и др.

В санаторных условиях в процессе групповой психотерапии шире могут использоваться музыкотерапия, библиотерапия. С музыкотерапии в рецептивном ее варианте может начинаться занятие (музыкальная разминка); в этом случае в течение 5—7 мин прослушивается музыкальное произведение с последующим переходом к обычной работе группы. Музыкотерапия значительно повышает эмпатический потенциал как отдельных участников, так и всей группы в целом.

Важнейшим условием успеха групповой психотерапии в санаторной практике является высокая профессиональная подготовка психотерапевта — его опыт, тактичность, наблюдательность, быстрота реагирования на события в группе, умение быстро и точно их интерпретировать и т. д. Стало принятым высоко оценивать профессиональные возможности психотерапевтов, работающих в курортных условиях, — их владение методами гипноза, аутогенной тренировки и др. Нет сомнений в способности их эффективно использовать также методы групповой психотерапии, позволяющей не только выполнять чисто лечебные задачи, но и способствовать более активному решению вопросов вторичной и третичной профилактики при неврозах.

Психотерапевтический кабинет санатория представляет собой центр не только психотерапевтической, психопрофилактической и психогигиенической работы, но и деонтологического воспитания всего персонала санатория.

Важной формой социально-трудовой реадаптации могли бы стать специализированные санатории для больных неврозами и иными пограничными состояниями.

Перечисленные выше организационные формы помощи больным неврозами, несомненно, ярко демонстрируют все преимущества здравоохранения в нашей стране и при условии дальнейшего их развития и уточнения показаний к использованию каждой из них способны обеспечить проведение квалифицированных лечебно-профилактических мероприятий при неврозах.

Решаются вопросы и экспертизы трудоспособности у больных неврозами. Стойкое нарушение трудоспособности устанавливается относительно редко, чаще — при значительных декомпенсациях — речь идет о временном нарушении ее с выдачей пациенту больничного листа на

определенный срок. Необходимо учитывать, что сам факт выдачи больничного листа на длительное время и в особенности направления на ВТЭК для установления группы инвалидности может иметь при неврозах крайне негативные последствия, фиксируя и углубляя невротические проявления, способствуя так называемому госпитализму, а в ряде случаев приобретает ятрогенное значение.

Как причина инвалидности первое место занимает истерия (до 90 % по отношению ко всем формам неврозов), она же дает многолетнюю инвалидность (до 10 лет и более). Вопрос об инвалидности при истерии возникает в тех, теперь уже относительно редких, случаях, когда декомпенсация определяется зафиксированными расстройствами движений (параличи, парезы, контрактуры), нарушениями функций органов чувств (потеря зрения, слуха) и др. В отдельных случаях речь может идти об установлении подобным больным II или даже I группы инвалидности. Больным неврозом навязчивых состояний инвалидность устанавливается значительно реже. Иногда это бывает необходимо при выраженных фобических синдромах, ограничивающих передвижения больного, лишающих его возможности самостоятельно ходить на работу, например при кардиофобиях, инсультофобиях и др. Еще реже возникает необходимость определения инвалидности больным неврастенией.

Причиной инвалидности больных неврозами являются все те упомянутые ранее факторы и условия, которые способствуют затяжному хроническому течению неврозов: особенности «почвы» (органическая церебральная недостаточность, сопутствующие соматические заболевания), объективно и субъективно трудноразрешимые конфликтные патогенные ситуации, а главное — отсутствие своевременного и интенсивного патогенетически обоснованного лечения. Хронизации неврозов с переводом пациентов на инвалидность, как это видно на контингентах больных, поступающих в наше отделение, в предшествующем периоде способствует явное преобладание симптоматических методов психотерапии над патогенетически обоснованными, что не позволяет достичь достаточно высокой степени реконструкции нарушенных отношений личности, послуживших причиной невроза.

Количество больных неврозами, которые переводятся в лечебном учреждении на инвалидность (чаще III, реже II группы), обычно является показателем недостаточно

целенаправленного и квалифицированного лечения и социально-трудовой реабилитации этих больных.

Преемственность между врачами лечебных учреждений и органами врачебно-трудовой экспертизы в отношении неврозов заключается в совместных усилиях по проведению патогенетически обоснованного лечения, с одной стороны, и по рациональному трудоустройству — с другой.

Вопросам социально-трудовой адаптации больных неврозами, ее зависимости от клинических, психологических и нейрофизиологических характеристик посвящено исследование А. Н. Кощеева (1989), выполненное в нашей клинике.

Описанная система учреждений здравоохранения, обеспечивающая последовательный характер лечебной помощи больным неврозами, одновременно позволяет решать основные реабилитационные и психопрофилактические задачи применительно к данному контингенту больных.

Наиболее адекватным методом для целей реабилитации, направленным на восстановление личного и социального статуса больных путем опосредования через личность лечебно-восстановительных воздействий и мероприятий [Кабанов М. М., 1985], является психотерапия, в особенности групповая психотерапия в ее многообразных формах. Отсюда — широко распространенное мнение, как отмечает H. Strotzka (1974), что применительно к неврозам проблемы реабилитации как таковой не существует, так как психотерапия по своим целям идентична реабилитации и с ее помощью можно решить весь комплекс реабилитационных задач. Справедливым это положение можно считать лишь в том случае, если речь идет о личностно-ориентированной психотерапии, направленной на реконструкцию нарушенных отношений личности, а вместе с тем и на восстановление здоровья больного и полноценного его социального функционирования. Здесь действительно психотерапевтическое лечение и реабилитация сливаются в единый процесс. Однако поскольку в реальной практике помощь больным неврозами оказывается зачастую путем применения одних лишь симптоматических методов, то при тяжелых затяжных формах неврозов и невротических развитиях вопросы реабилитации приобретают особое значение и должны быть постоянно в поле зрения врача [Телешевская М. Э. и др., 1980].

В схематическом виде значимость и соотношение различных воздействий при неврозах (биологических, психологических и социальных) принципиально соответствуют основным этапам реабилитации при психических заболеваниях, описанных М. М. Кабановым (1985), и применительно к неврозам они могут быть представлены следующим образом: от устранения или смягчения клинических проявлений невроза в начальной фазе лечения (с помощью оптимального сочетания биологических и психосоциальных воздействий) через осознание больным психологических механизмов болезни в процессе психотерапии к восстановлению полноценного социального функционирования в заключительной фазе лечения при доминирующей роли собственно социальных воздействий.

Создание психотерапевтических кабинетов при поликлиниках, психогигиенических консультаций, дневных и ночных санаториев и др. способствует более широкому охвату лечебно-профилактической помощью лиц с субклиническими и клиническими формами психогений.

На наших глазах значительно возрастает роль теоретических и практических проблем психопрофилактики как самостоятельной быстро развивающейся дисциплины. Изменяется ее содержание, оно становится более широким, предусматривающим направленность предупреждающих мероприятий в первую очередь к личности и социальной среде [Кабанов М. М., 1976]. При неврозах и других нервно-психических заболеваниях речь может идти о первичной профилактике, включающей общегигиенические, психогигиенические, широкие социальные мероприятия, направленные прежде всего на предупреждение заболевания; о вторичной профилактике, имеющей своей целью предотвращение рецидивов болезни, и третичной профилактике — предупреждении хронизации и инвалидизации пациента (условно можно говорить о собственно профилактической, лечебно-профилактической и реабилитационно-профилактической работе).

При неврозах необходимо иметь в виду 3 аспекта, на которые указывает В. К. Мягер (1976) в отношении психопрофилактики: 1) личностный, 2) межличностный, 3) ситуационный. Адекватность этих аспектов содержанию, целям и задачам личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии очевидна. Правильное формирование отношений человека к различным сторонам действительности, находящих выражение в его стремлениях, потребностях, интересах, мотивах, деятельности,

его взаимоотношений с другими людьми, соответствующих требованиям общества, представляет собой основу первичной профилактики неврозов.

Преувеличенное значение тех или иных отношений личности, формирующихся в условиях неправильного воспитания в семье, выступая в качестве важнейших «факторов риска», при наличии неблагоприятных обстоятельств, способствует возникновению невротического срыва. Отсюда понятно, какую большую роль в предотвращении неврозов играет воспитание человека, увлеченного своим делом, вдохновляемого благородными целями, коллективиста и гуманиста, формирование гармонической личности, а именно таковы социалистические идеалы.

Консультации по вопросам воспитания детей, семейных отношений, превентивные меры при семейных конфликтах, нарушениях в половой жизни, семейная психотерапия, бытовая и производственная профилактика [Исаев Д. Н., Каган В. Е., 1980; Гройсман А. Л., 1982; Захаров А. И., 1982; Бараш Б. А., 1983; Мягер В. К., 1983; Табачников С. И., 1984; Александровский Ю. А., Петраков Б. Д., 1985; Матвеев В. Ф., Гройсман А. Л., 1987; Эйдемиллер Э. Г., Юстицкий В. В., 1988], широкая пропаганда психогигиенических и психопрофилактических знаний о сущности неврозов, роли особенностей личности, ее неправильно сформированных отношений в происхождении неврозов, предупреждении ятрогений — таков далеко не полный перечень мероприятий, необходимых для эффективного осуществления задач первичной профилактики невротических расстройств.

Для целей первичной психопрофилактики неврозов и других пограничных нервно-психических расстройств может использоваться профилактически ориентированный вариант психотерапии патогенетической природы, разработанный Б. А. Барашем (1985). Основными принципами ее являются: центрированность на пациенте, краткосрочность, личностная включенность психотерапевта, футуристическая ориентированность, центрированность на кризисе, адаптивная пластичность, реалистичность, симптомоцентрированный контроль. Указывается на возможность использования данной методики в качестве «психотерапии одной беседы».

Основа вторичной и третичной профилактики неврозов — система личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии, направленная на перевоспитание больного, перестройку его отношений, послуживших ис-

точником невроза, помощь больному в разрешении психотравмирующей ситуации, изменение его объективного положения и отношения к нему окружающих, восстановление трудового и социального статуса. Большое значение имеют ранняя диагностика и адекватное лечение, проведение в необходимых случаях поддерживающей терапии (в группах амбулаторной и, в частности, семейной психотерапии, в клубах бывших пациентов и др.).

Актуальной задачей дальнейшего усовершенствования системы лечебно-реабилитационной и профилактической помощи больным неврозами с учетом интердисциплинарного характера психотерапии, психогигиены и психопрофилактики является участие в этой работе — наряду с врачами — медицинских психологов и специалистов по лечебной педагогике. Возрастает значение современных форм и методов подготовки и повышения квалификации необходимых для этой работы кадров [Карвасарский Б. Д. и др., 1988; Leder S. et al., 1983; Luban-Plozza B., Dickhaut H. H., 1984; Geyer M. et al., 1985, и др.].

Глава 11. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ УЧЕНИЯ О НЕВРОЗАХ И ЗАДАЧИ ЕГО РАЗВИТИЯ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

Как отмечалось Б. Д. Карвасарским, В. В. Михеевым, К. К. Платоновым в докладе по методологическим вопросам проблемы неврозов на 3-м Всероссийском съезде невропатологов и психиатров, в теории неврозов как ни в одной другой теории болезни в тесный клубок сплелись самые сложные методологические проблемы не только медицины, но и психологии, социологии и философии: здоровья и болезни, социального и биологического, врожденного и приобретенного, человека и мира (организма и среды, бытия и сознания), личности и специально преморбидной личности и, наконец, психосоматического взаимодействия. Сложности решения этих проблем, каждой в отдельности и в их взаимосвязи, в свою очередь могут быть сведены к двум причинам. Во-первых, это внутренние причины, обусловленные еще недостаточной разработкой их с позиций марксизма. Во-вторых, внешние причины, вызванные неумением четко различать получаемые наукой в капиталистических странах эмпирические данные от надстроечных учений, в лучшем случае позитивистских, а чаще скрыто, иногда и неприкрыто анти-

марксистских. Основной путь преодоления внешних причин — это создание теории неврозов, опирающейся на понятия марксистской философии, медицины, психологии и социологии.

Все основные современные направления в области неврозов — биогенетическое, психогенетическое и социогенетическое — весьма существенны при дальнейшем изучении неврозов, в патогенезе которых био-психосоциальные факторы представлены в чрезвычайно сложных взаимосвязях. В этом смысле акцентирование внимания на отдельных сторонах этиопатогенеза неврозов есть не что иное, как своеобразный уход от трудностей синтеза, который на определенных исторических этапах изучения неврозов, по-видимому, и не может быть обеспечен. В то же время актуальность его возрастает в связи с отчетливым изменением клинической картины неврозов, увеличением роли в ней соматической симптоматики. Активизирует этот синтез и расширение арсенала психотерапевтических и психофармакологических методов лечения неврозов. Можно думать, что попытки такого синтеза уже в настоящее время будут продуктивными, так как представлено большое количество фактов в области как биологии, так и психологии и социологии неврозов. В отношении последних необходимы определенная осторожность и критическое отношение, учитывая, что основная масса их получена представителями психоаналитического (психоанализ S. Freud и его ортодоксальных учеников, индивидуальная психология A. Adler, аналитическая психология C. G. Jung, неофрейдизм K. Horney, E. Fromm, H. S. Sullivan), бихевиористского (H. J. Eysenck, J. Wolpe и др.) и экзистенциально-гуманистического направлений (недирективная психотерапия C. R. Rogers, гештальттерапия E. Perls, логотерапия V. E. Frankl, психодрама J. L. Moreno и др.) в учении о неврозах и психотерапии с их тенденцией биологизации социального и психологического и психологизации социального с неизбежным искажением реальных отношений между человеком и обществом.

Существенным является то обстоятельство, что в настоящее время для синтеза научно достоверных данных о неврозах создаются более благоприятные условия в методологическом плане. Они обеспечиваются тем, что на современном этапе наука в целом обращается к анализу так называемых больших систем, и интенсивно развивающийся системно-структурный подход к изучаемому объ-

екту становится одним из обязательных условий научного исследования. Интересной попыткой такого системного подхода к изучению состояний психической адаптации и дезадаптации, хотя и включающей в круг рассмотрения этой проблемы далеко не все ее аспекты, являются монографии Ю. А. Александровского (1976), А. В. Вальдмана, Ю. А. Александровского (1987).

Представление о многофакторной обусловленности невроза, выступающее в качестве ведущего в разработанной в нашей стране патогенетической концепции неврозов, основанной на результатах мультидисциплинарного их исследования, не исключает, а, напротив, предполагает выделение доминирующих факторов, одним из которых с точки зрения его значения в теоретико-методологическом плане и его роли в дальнейшей разработке методов лечения и профилактики неврозов является фактор психологический.

Патогенетическая концепция неврозов, общие положения которой были сформулированы еще в 30—40-х годах и касались преимущественно внутриличностного аспекта этиопатогенеза невроза, основана на учении об отношениях, одним из фундаментальных положений которого является понимание личности как системы отношений индивида с окружающей средой, системы, обусловленной всей историей общественного развития человечества. В. Н. Мясищев определяет отношение как активную, избирательную и сознательную связь индивида с реальной действительностью, а личность — как целостную организованную систему таких связей. Личность проявляется в различных областях отношений: это прежде всего социальные отношения и взаимоотношения, отношения в семье, на производстве, к труду и др. В структуре отношений особенно важной является характеристика отношения человека к самому себе. Значимость последнего определяется тем, что отношение к себе является одним из важнейших компонентов самосознания (самосознание: самопонимание, самооценка, саморегуляция). Именно отношение к себе, будучи наиболее поздним и зависимым от всех остальных, завершает становление структуры системы отношений личности и обеспечивает ее целостность. В условиях, когда отношения личности приобретают особую устойчивость, выраженность, большую значимость, они становятся характерными для личности и в этом смысле превращаются в черты характера, оставаясь отношениями [Лазурский А. Ф., 1923; Мяси-

щев В. Н., 1960; Ананьев Б. Г., 1980]. Особое значение категории отношения («психологического отношения») для разработки проблемы личности в советской психологии отмечают Е. В. Шорохова (1980), А. А. Бодалев (1983), Б. Ф. Ломов (1984). Качественное или количественное нарушение каждой из отдельных характеристик особо значимых отношений личности (т. е. активности, избирательности и сознательности) либо нескольких из них ведет к нервно-психическому перенапряжению и срыву высшей нервной деятельности, клинически представляющему собой различные формы невротических состояний.

В работах сотрудников и последователей В. Н. Мясищева патогенетическая концепция неврозов получила свое дальнейшее развитие в части, касающейся как этиопатогенеза неврозов, так и методов их лечения и предупреждения.

Результаты исследований и обобщенный клинический опыт, изложенные в данном руководстве, акцентируя внимание на ведущей роли личностной субъективной переработки психологических воздействий в возникновении невроза, вместе с тем позволяют внести в эти представления уточнения и дополнения, касающиеся механизмов формирования невротических стереотипов восприятия и эмоционального реагирования [Карвасарский Б. Д., Мурзенко В. А., 1974]. Это относится к тем социально-психологическим и клиническим работам, которые не только констатировали необходимость учета социальной детерминированности развития личности, но и указали на ряд конкретных и чрезвычайно важных форм реализации этой детерминированности, в первую очередь через участие индивида в разнообразных групповых и социальных процессах. Если ребенок с детства воспитывается в семье, которую можно определить как «неврозогенную», характеризующуюся наличием конфликтов и эмоциональной напряженности в отношениях между ее членами, он лишается возможности приобрести адекватные навыки общения, его способность к корригированию собственных эмоциональных реакций на основе опыта блокируется и тем самым ограничиваются его возможности реализации своих эмоциональных и познавательных потенциалов.

По мере расширения круга общения и участия ребенка и подростка в новых для него типах групп возрастают возможности приобретения нового опыта, который может способствовать ликвидации последствий развития в пер-

вично неблагоприятных условиях. Однако возможности эти тем более ограничены, чем более выражены сложившиеся неадекватные модели социального восприятия и эмоционального реагирования. Кроме того, дальнейшие возрастные фазы характеризуются рядом специфических для каждой из них проблем (отношения со сверстниками, период полового созревания, стремление к самостоятельности и др.), разрешение которых в значительной степени определяется как уже существующей к этому времени личностной структурой, так и характеристиками группы, в которой происходят конфронтация и переработка этой проблематики.

Возникающие вследствие этого неразрешенные внутренние конфликты ведут к нарушению значимых межличностных связей и в конечном счете проявляются в невротических расстройствах.

Проблема формирования невротической личности и возникновения неврозов нуждается в дальнейших специальных исследованиях. Повышению ее эффективности могло бы способствовать объединение усилий ученых, разрабатывающих проблематику неврозов в детском, подростковом возрасте и у взрослых [Ковалев В. В., 1979; Личко А. Е., 1985, и др.].

При акцентировании внимания на неврозе как на болезни личности, а на личности — как на совокупности общественных отношений в плане развития патогенетической концепции невротических расстройств следует иметь в виду два возможных искажения. Источником одного из них может быть недооценка важности учета роли взаимодействия биологического и социального в личности, что является краеугольным камнем концепции человека в марксистской философии. В отношении проблемы неврозов это замечание должно быть предостережением от чрезмерной психологизации и социологизации невроза как болезни личности на основании отрицания в личности, как замечает К. К. Платонов (1975), чего бы то ни было биологического. Уже подчеркивалась особая адекватность в изучении неврозов психофизиологических исследований, при которых учитываются физиологические, биохимические и другие изменения в организме больного неврозом и одновременно их психологический смысл, иными словами — то единство психического и физиологического, которое лежит в основе монистических материалистических представлений о природе психогенных расстройств.

Необходимо вновь подчеркнуть значение для такого понимания неврозов теоретических и экспериментальных исследований М. М. Хананашвили (1978, 1983), П. В. Симонова (1981, 1984), М. Г. Айрапетянца, А. М. Вейна (1982), А. В. Вальдмана, Ю. А. Александровского (1987), Г. К. Ушакова (1987).

Вторым возможным источником ошибочного развития патогенетической концепции неврозов может явиться подмена в ней понятия «общественные отношения» более эмпирическим — «межличностные отношения». Известный французский ученый-марксист L. Séve (1972) указывает, что при такой подмене происходит отказ от исторического материализма в понимании сущности человека в пользу идеалистической коллективной психологии.

Очевидно, в понятие «общественные отношения» входит опосредование межличностных отношений общественно ценным и личностно значимым содержанием совместной деятельности, т. е. то, что отличает концепцию межличностных отношений и коллектива с позиций советской психологии от механистических и субъективистских по своей сути социально-психологических концепций межличностных взаимоотношений и взаимоотношений личности и группы в работах западных социальных психологов и психотерапевтов [Moreno J. L., 1965; Slavson S. R., 1971].

Представление о неврозе как болезни личности, возникающей вследствие нарушения отношений индивида с окружающей действительностью, разрушающей в той или иной мере его социальные связи и снижающей степень полноценности его социального функционирования, признание важности отмеченного положения, что индивидуальная система отношений может быть сформулирована и реализована только в процессе межличностного общения, возрастающее значение последнего в связи с изменением самой структуры этого процесса под влиянием закономерностей социального и экономического развития общества не только способствовали расширению и углублению патогенетической концепции неврозов в аспекте механизмов их развития, но и стимулировали интенсивную разработку новых эффективных методов лечения, в качестве которых на данном этапе закономерно выступают методы групповой психотерапии.

Нельзя не отметить, что в западной психотерапии интерес к групповым методам возрастал по мере отхода ее представителей от ортодоксального фрейдизма и приз-

нания роли социальных факторов в происхождении неврозов. Как подчеркивалось на IX Международном конгрессе по психотерапии в Осло, развитие психосоциального понимания неврозов привело к тому, что психоанализ не только перестал быть главенствующим, но даже оказался биологизаторским течением в психотерапии. Это новое понимание роли психоанализа в развитии западной психотерапии необходимо иметь в виду при критическом рассмотрении теории и лечебно-практического опыта групповой психотерапии в этих странах.

Несмотря на всю специфику, групповая психотерапия, так же как и индивидуальная, имеет ярко выраженный интердисциплинарный характер, оставаясь прежде всего медицинской дисциплиной. Нозологическая принадлежность болезни, ее патогенетические механизмы, закономерности течения являются важнейшими при определении целей, задач, выбора методов психотерапевтических воздействий, всегда выступающих в динамической взаимосвязи с другими видами лечения. Клинические основы психотерапии приобретают особое значение в условиях возрастания числа стертых, ларвированных форм нервно-психических и соматических заболеваний со сложными соотношениями психогенного невротического и соматогенного в картине болезни. Однако в связи с широким внедрением психотерапии в медицинскую практику опережающий характер может приобретать развитие ее клинических, физиологических, психофизиологических, психологических, социально-психологических основ в той или иной области медицины. Не случайно на научных встречах психотерапевтов нередко складывается впечатление, что психотерапия, не успев оформиться в самостоятельную дисциплину, по существу уже распадается на различные субспециальности.

В области неврозов и пограничных с ними состояний актуальной в связи с задачами лечебно-реабилитационной практики становится дальнейшая разработка психологических и сациально-психологических основ психотерапии.

Разработка системы групповой личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии [Карвасарский Б. Д., 1985], которая позволила бы более эффективно восстанавливать нарушенные отношения личности и перестройку ее путем воздействия на все основные компоненты отношения — познавательный, эмоциональный и поведенческий, начала осуществляться главным образом

в последнее десятилетие*. В значительной мере этому способствовали совместные научные исследования советских психотерапевтов с учеными ПНР, ГДР, ЧССР и других социалистических стран (Psychoterapia grupowa. Pod redakcja Stefana Ledera i Borysa D. Karwassarskiego. — Warszawa, 1983).

На развитие личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии в групповой ее форме в последний период значительное влияние оказывают исследования, в которых рассматривается воздействие на формирование личности, ее содержательных и формальных характеристик — психических процессов, свойств и состояний — общения, выступающего в качестве специфической формы деятельности человека и одного из главных регуляторов его социального поведения [Бодалев А. А., 1983; Ломов Б.Ф., 1984]. Отмечается, что именно процессу общения принадлежит особенно важная роль в обмене идеями, интересами, передаче черт характера, формировании установок и позиций личности.

На данном этапе развития возрастает актуальность дальнейшей разработки клинических аспектов групповой психотерапии, более дифференцированного ее применения с учетом клинического и патогенетического своеобразия болезни, чему в случае неврозов могло бы способствовать понимание разных их форм как различных вариантов болезненного восприятия и переработки жизненных трудностей, переживаемых человеком. Необходимо большее внимание к отношениям личности как отражению общественных отношений. Это позволило бы наряду с групповой психотерапией разрабатывать методы и формы собственно коллективной психотерапии, изучать социально-психологическую природу психотерапевтического коллектива, его структуру, социально-психологические процессы, сопровождающие развитие психотерапевтической группы в коллектив [Петровский А. В., Туревский М. А., 1979]. Дальнейшей разработке теоретико-

---

* См. работы, представленные в коллективных публикациях, выполненных под нашей редакцией и в качестве соредактора: Групповая психотерапия при неврозах и психозах (Л., 1975); Клинико-психологические исследования групповой психотерапии при нервно-психических заболеваниях (Л., 1979); Исследования механизмов и эффективности психотерапии при нервно-психических заболеваниях (Л., 1982); Возрастные аспекты групповой психотерапии при нервно-психических заболеваниях (Л., 1988); Транскультуральные исследования в психотерапии (Л., 1989).

методических вопросов групповой и коллективной психотерапии в настоящее время содействует расширяющийся опыт теоретических исследований и работы групп «социально-психологического тренинга», осуществляемых в нашей стране с позиций социальной психологии, прежде всего таких ее разделов, как социальная психология личности, групп и коллективов, психология общения, познания людьми друг друга.

Представление о коллективе как общности, характеризующейся содержательной и целенаправленной деятельностью, связанной с общественными ценностями, может оказаться перспективным прежде всего при дальнейшем развитии научно-организационных основ психотерапевтического коллектива для лечения больных неврозами. В структуре такого коллектива наиболее важной является интеграция собственно психотерапевтических, медико-педагогических и социотерапевтических воздействий для существенного повышения эффективности лечения указанных больных.

Поскольку психотерапия до последнего времени развивалась, основываясь на медицинских знаниях и опыте лечения, прежде всего оформилась медицинская ее модель, в которой конечной целью является устранение тех или иных дисфункций организма. Однако в связи с тем что это устранение, о чем свидетельствует практика лечения больных неврозами, происходит посредством совершенствования способности человека к саморегуляции (которая включает не только психофизиологический гомеостаз, но и с учетом социальной детерминированности человеческой природы — реализацию ценностей, обусловленных общественной средой), правомерным становится существование и других моделей психотерапии, в частности психогигиенической, психопрофилактической и иных [Карвасарский Б. Д., Мурзенко В. А., 1979].

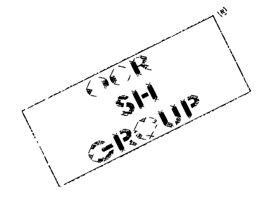
И здесь мы должны подчеркнуть значение вопроса о социальной релевантности целевых установок в психотерапии, вопроса о нормативном аспекте психотерапии вообще и при неврозах как основной группе психогенных заболеваний в частности [Helm J., Thom A., 1976]. Этот аспект отчетливо выступает в работах К. К. Платонова (1974), Е. В. Шороховой (1978), А. М. Изуткина (1982), которые указывают на близость психотерапии и социально-педагогических воздействий.

Проблема социальной ответственности психотерапевта, осуществляющего комплекс диагностических, психотера-

певтических, психопрофилактических и психогигиенических мероприятий, становится особенно актуальной в связи с созданием широкой сети психотерапевтических кабинетов при общесоматических поликлиниках. Проведение всех этих мероприятий предполагает, что психотерапевт [Leder S., 1975) берет на себя ответственность за процесс создания условий, улучшающих функционирование личности больного, страдающего неврозом, в широком общественном контексте. Следовательно, он должен обладать необходимыми знаниями и прежде всего в области общественных наук, что следует иметь в виду при разработке программ подготовки специалистов данного профиля.

Неврозология являет собой яркий пример, подтверждающий наличие в современной науке, в том числе медицине, двух диалектически взаимосвязанных тенденций: с одной стороны, тенденции к выделению из психиатрии и неврологии в самостоятельную область, с другой — интегративных тенденций, активного использования в своем становлении как медицины, так и психологии, социологии, педагогики.

В этом своем качестве неврозология приобретает существенную роль при разработке и осуществлении эффективных мероприятий по охране нервно-психического здоровья населения и, следовательно, наиболее полной реализации задачи формирования и воспитания здоровой, полноценной, гармонически развитой человеческой личности.



СПИСОК ОСНОВНОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

Абабков В. А. Катамнез больных неврозами с системными соматическими расстройствами//Журн. невропатол. и психиатр. — 1981. — № 11. — С. 1671—1676.

Авруцкий Г. Я., Недува А. А. Лечение психическнх больных. — М.: Медицина, 1981. — 496 с.

Айрапетянц М. Г., Вейн А. М. Неврозы в эксперименте и в клинике. — М.: Наука, 1982. — 272 с.

Александровский Ю. А. Состояния психической дезадаптации и их компенсация. — М.: Наука, 1976 — 272 с.

Александровский Ю. А., Петраков Б. Д., Басов А. М. и др. Методические рекомендации по изучению пограничных нервно-психических расстройств. — М., 1986. — 116 с.

Анастази А. Психологическое тестирование/Пер. с англ. — М.: Педагогика, 1982. — 318 с.

Анохин П. К. Очерки по физиологии функциональных систем. — М.: Медицина, 1975. — 447 с.

Анохина И. П. Нейрохимические механизмы психических заболеваний. — М.: Медицина, 1975. — 320 с.

Антонов Н. За правилна диагностика на неврозите//Неврози. — София, 1974. — С. 112—144.

Ануфриев А. К. Скрытые эндогенные депрессии. Сообщение II. Клиническая симптоматика//Журн. невропатол. и психиатр. — 1978. — № 8. — С. 1202—1208.

Аптер И. М. Клинико-физиологический анализ некоторых форм системных неврозов//Журн. невропатол. и психиатр. — 1964. — № 12. — С. 1858—1863.

Арзуманян А. М., Голубев В. Л. Истерические гиперкинезы//Журн. невропатол и психиатр. — 1988. — № 6. — С. 80—84.

Асатиани Н. М. Психотерапия невроза навязчивых состояний: Руководство по психотерапии./Под ред. В. Е. Рожнова. — Ташкент: Медицина, 1985. — С. 411—423.

Атанасов А. Закономерности в катарзиса. — София, 1981.

Бакирова Г. Х. Социально-психологическое исследование групповой психотерапии при неврозах//Журн. невропатол. и психиатр. — 1981. — № 11. — С. 1708—1710.

Бамдас Б. С. Астенические состояния. — М.: Медгиз, 1961. — 203 с.

Бараш Б. А. Психопрофилактическая помощь студентам вузов//Психогигиена и психопрофилактика. Сборник научных трудов Института им. В. М. Бехтерева. Том 103/Под ред. В. К. Мягер, В. П. Козлова, Н. В. Семеновой-Тян-Шанской. — Л., 1983. — С. 39—45.

Бассин Ф., Рожнов В., Рожнова М. Фрейдизм: псевдонаучная трактовка психических явлений//Коммунист. — 1972. — № 2. — С. 96—98.

Бахур В. Т. Неврозы и эндокринные функции организма//Журн. невропатол. и психиатр. — 1977. — № 3. — С. 448—456.

Бердичевский М. Я., Смирнова О. И. Клиника и диагностика церебральных венозных дистонических нарушений при неврозах//Сосудистые заболевания нервной системы. — М., 1986. — С. 11—12.

Бессознательное: Природа, функции, методы исследования/Под ред. А. С. Прангишвили, А. Е. Шерозия, Ф. В. Бассина. — Тбилиси: Мецниереба, 1978. — Т. 1—3.

Бехтерев В. М. Избранные произведения. — Л.: Медгиз, 1954. — 528 с.

Бехтерева Н. П. Нейрофизиологические аспекты психической деятельности человека. — Л.: Медицина, 1974. — 151 с.

Блейхер В. М., Крук И. В. Патопсихологическая диагностика. — Киев: Здоров'я, 1986. — 280 с.

Блуменау Л. В. Истерия и ее патогенез. — Л., 1926. — 77 с.

Бобкова В. В. Особенности электрической активности мозга при невротических состояниях: Автореф. дис. ... докт. мед. наук. — Л., 1971. — 23 с.

Бобкова В. В., Щукина Н. В. Соотношение между различными функциональными системами мозга у больных с невротическими состояниями//Нейропсихологические исследования в неврологии, нейрохирургии и психиатрии. Сборник научных трудов Института им. В. М. Бехтерева, Т. 97/Под ред. Л. И. Вассермана. — Л., 1981. — С. 100—102.

Бодалев А. А. Личность и общение. — М.: Педагогика, 1983. — 271 с.

Брелер Э., Эрнст Р., Фельдер Х. Эмпирические исследования первого сеанса семейной терапии/Транскультуральные исследования в психотерапии. Сборник научных трудов Института им. В. М. Бехтерева. Т. 124/Под ред. М. М. Кабанова, Б. Д. Карвасарского, В. Д. Вида и др. — Л., 1989. — С. 67—78.

Бурлачук Л. Ф. Исследование личности в клинической психологии. — Киев: Вища школа, 1979. — 176 с.

Бурлачук Л. Ф., Морозов С. М. Словарь-справочник по психологической диагностике. — Киев: Наукова думка, 1989. — 200 с.

Бурно М. Е. Эмоционально-стрессовая психотерапия в амбулаторной практике//Исследования механизмов и эффективности психотерапии при нервно-психических заболеваниях. Сборник научных трудов Института им. В. М. Бехтерева. Т. 100/Под ред. В. Е. Рожнова и Б. Д. Карвасарского. — Л.; 1982. — С. 35—41.

Бурно М. Е. Терапия творческим самовыражением. — М.: Медицина, 1989.

Буртянский Д. Л., Криштадь В. В. Клиника, лечение и профилактика сексуальных расстройств у женщин: Методические рекомендации. — Харьков, 1977.

Вайзе Х., Вайзе К. Разговорная психотерапия как основа реабилитации психически больных//Восстановительная терапия и реабилитация больных нервными и психическими заболеваниями. Конференция по реабилитации нервно-психически больных: Тезисы. — Л., 1982. — С. 106—111.

Вальдман А. В., Александровский Ю. А. Психофармакотерапия невротических расстройств. — М.: Медицина, 1987. — 288 с.

Варшаловская Е. Б. Клиническая и психологическая характеристика сексуальной функции у больных неврозами в связи с задачами психопрофилактики ее нарушений//Современные формы и методы организации психогигиенической и психопрофилактической работы.

Сборник научных трудов Института им. В. М. Бехтерева. Т. 110/ Под ред. Б. М. Гузинова и Р. А. Зачепицкого. — Л., 1985. — С. 47—53.
Васильев В. Н., Чугунов В. С. Симпатико-адреналовая активность при различных функциональных состояниях человека. — М.: Медицина, 1985. — 272 с.
Васильченко Г. С. Частная сексопатология. — М.: Медицина, 1983. — Т. 2. — 352 с.
Вейн А. М., Соловьева А. Д. Лимбико-ретикулярный комплекс и вегетативная регуляция. — М.: Наука, 1973. — 268 с.
Вейн А. М. Неврологические и клинико-физиологические аспекты неврозов у человека//М. Г. Айрапетянц, А. М. Вейн. Неврозы в эксперименте и в клинике. — М.: Наука, 1982. — С. 124—241.
Вейн А. М., Каменецкая Б. И., Молла-заде А. Н., Богатырева С. И. Интегративные системы мозга при неврозах//Экспериментальные и клинические неврозы. 9-й симпозиум «Интермозга»: Тезисы докладов. — Берлин, 1988. — С. 75.
Вельвовский И. З. Принципиальные основания к внедрению психотерапии в комплексе санаторно-курортной медицины//Психотерапия в курортологии. Под ред. И. З. Вельвовского. — Киев: Здоров'я, 1966. — С. 15—24.
Вовин Р. Я., Аксенова И. О. Затяжные депрессивные состояния. — Л.; Медицина, 1982. — 192 с.
Возрастные аспекты групповой психотерапии при нервно-психических заболеваниях. Сборник научных трудов Института им. В. М. Бехтерева. Т. 121. Под ред. Б. Д. Карвасарского и В. Е. Рожнова. — Л., 1988. — 165 с.
Гаккель Л. Б. Неврозы человека//Многотомное руководство по неврологии. — М., 1960. — Т. 6. — С. 44—212.
Ганнушкин П. Б. Клиника психопатий. Их статика, динамика, систематика. — М.: Север, 1933. — 143 с.
Гехт К., Эме П., Айрапетянц М. Г., Кольдиц М. Неврозы и нейропептиды//Исследования механизмов нервной деятельности. — М.: Наука, 1984. — С. 253—258.
Гильяшева И. Н. О применении методики ТАТ в диагностике неврозов и шизофрении//Психологические проблемы психогигиены, психопрофилактики и медицинской деонтологии. Сборник научных трудов Института им. В. М. Бехтерева. Под ред. Е. Ф. Бажина и др. — Л., 1976. — С. 31—32.
Гипофизарно-адреналовая система и мозг/Под ред. М. И. Митюшова и др. — Л.: Наука, 1976. — 207 с.
Гройсман А. Л. Психогигиена творческого труда студентов театральных вузов. — М.: ГИТИС, 1982. — 111 с.
Громов С. А. Гипоталамические пароксизмы: Клиника, диагностика, лечение: Методические рекомендации. — Л., 1978.
Групповая психотерапия. Под ред. Б. Д. Карвасарского и С. Ледера. — М.: Медицина, 1990. — 380 с.
Губачев Ю. М., Стабровский Е. М. Клинико-физиологические основы психосоматических соотношений. — Л.: Медицина, 1981. — 216 с.
Губачев Ю. М., Иовлев Б. В., Карвасарский Б. Д. и др. Эмоциональный стресс в условиях нормы и патологии человека. — Л.: Медицина, 1976. — 224 с.
Давиденков С. Н. Неврозы. — Л.: Медгиз, 1963. — 269 с.

Домогарова О. В., Карвасарский Б. Д., Мягер В. К. Иглоукалывание как один из методов лечения при неврозах с системными нарушениями//Неврозы и соматические расстройства: Материалы Всесоюзного симпозиума. — Л., 1966. — С. 325—328.
Дубницкая Э. Б. О клинических особенностях синдрома истерической ипохондрии//Журн. невропатол. и психиатр. — 1977. — № 5. — С. 733—738.
Ежова В. А., Куницына Л. А., Оберемок В. Ф. и др. Лечение больных неврозами в условиях курорта//Неврозы: Материалы Республиканской конференции невропатологов и психиатров УССР. — Харьков, 1974. — С. 223—224.
Жариков Н. М. О соотношении психического и соматического//Вопросы методологии в психиатрии. — М.: Медицина, 1984. — С. 98—103.
Захаров А. И. Неврозы у детей и подростков. — Л.: Медицина, 1988. —
Зачепицкий Р. А. О теории и практике терапии поведения//Теоретико-методологические проблемы клинической психоневрологии. Сборник научных трудов Института им В. М. Бехтерева. Т. 75/Под ред. М. М. Кабанова, Н. В. Васюкова, Р. А. Зачепицкого. — Л., 1975. — С. 101—110.
Зачепицкий Р. А., Карвасарский Б. Д. Вопросы соотношения осознаваемых и неосознаваемых форм психической деятельности в свете опыта патогенетической психотерапии неврозов//Бессознательное. — Тбилиси: Мецниереба, 1978. — Т. 2. — С. 354—360.
Зейгарник Б. В. Патопсихология. М.: Изд-во Московского университета, 1986. — 287 с.
Иванов Вл. Подъсзнателното в медицината. — София, 1985.
Иванов Н. В. Вопросы психотерапии функциональных сексуальных расстройств. — М.: Медицина, 1966. — 152 с.
Иванов-Смоленский А. Г. Очерки нейродинамической психиатрии. — М.: Медицина 1974. — 568 с.
Иовлев Б. В. Неврозы и проблема психологических механизмов эмоционального стресса//Актуальные вопросы медицинской психологии. Сборник научных трудов Института им. В. М. Бехтерева. Т. 72./Под ред. М. М. Кабанова и И. М. Тонконогого. — Л., 1974. — С. 41—53.
Исаев Д. Н., Каган В. Е. Половое воспитание и психогигиена пола у детей. — Л.: Медицина, 1980. — 184 с.
Исследования механизмов и эффективности психотерапии при нервно-психических заболеваниях. Сборник научных трудов Института им. В. М. Бехтерева. Т. 100 /Под ред. В. Е. Рожнова и Б. Д. Карвасарского. — Л., 1982. — 152 с.
Исурина Г. Л. Групповые методы психотерапии и психокоррекции// М. М. Кабанов, А. Е. Личко, В. М. Смирнов. Методы психологической диагностики и коррекции в клинике. — Л.:. Медицина, 1983. — С. 231—254.
Кабанов М. М., Личко А. Е., Смирнов В. М. Методы психологической диагностики и коррекции в клинике. — Л.: Медицина, 1983. — 312 с.
Кабанов М. М. Реабилитация психически больных. — Л.: Медицина, 1985. — 216 с.
Кайдановская Е. В. Групповая психотерапия при неврозах: критерии и методы оценки ее эффективности//Исследования механизмов и эффективности психотерапии при нервно-психических заболеваниях. Сборник научных трудов Института им. В. М. Бехтерева. Т. 100./Под ред. В. Е. Рожнова и Б. Д. Карвасарского. — Л., 1982. — С. 63—67.

Калачев Б. П., Лакосина Н. Д., Даренский И. Д. Сравнительное исследование клинической динамики неврозов с различной выраженностью ипохондрического синдрома//Журн. невропатол. и психиатр. — 1984. — № 11. — С. 1679—1683.
Калашников А. В. Ангиографическое исследование сосудистых цефалгий при неврозах и пограничных состояниях (в связи с задачами их дифференциальной диагностики)//Журн. невропатол. и психиатр. — 1973. — № 9. — С. 1370—1374.
Карандашева Э. А. Психологические и биохимические аспекты патогенетических механизмов и психотерапии невротических фобий//Всероссийский съезд невропатологов и психиатров, 3-й: Тезисы докладов. — М., 1974. — Т. 2. — С. 260—263.
Карвасарский Б. Д. Головные боли при неврозах и пограничных состояниях. — Л.: Медицина, 1969. — 192 с.
Карвасарский Б. Д., Иовлев Б. В. О значении экспериментально-психологических методов исследования личности для клиники неврозов//Клинико-психологические исследования личности: Материалы симпозиума/Под ред. В. Н. Мясищева, Б. Д. Карвасарского, И. М. Тонконогого. — Л., 1971. — С. 43—47.
Карвасарский Б. Д., Тупицын Ю. Я. Глоссарий. Основные формы и синдромы для унифицированной клинической оценки состояния больных неврозами: Методическое письмо. — М.: МЗ СССР, 1974.
(*Карвасарский Б. Д., Мурзенко В. А.*) *Karvasarskii B. D., Mutzenko V. A.* Prinzipien und Methoden der Gruppenpsychotherapie in der Neurosen-klinik des Bechterew — Institutes Leningrad//Karl-Marx-Universität Leipzig: Wissenschoffliche Zeitschrift. — 1977. — H. 6. — S. 603—609.
Карвасарский Б. Д. Неврозы. — М.: Медицина, 1980 — 488 с.
Карвасарский Б. Д. Die Entwicklung der pathogenetischen Psychotherapie von Neurosen in der UdSSR//Stellung und Aufgaben der Psychotherapie im sozialistischen Gesundheitsschutz. — Berlin, 1980. — S. 43—48.
Карвасарский Б. Д. Grundtendenzen in der Entwicklung von Organizationsformen der Psychotherapeutischen versorgung neurotischer Patienten in der UdSSR//Psychiat. Neurol. med. Psychol. (Leipzig). — 1981. — H. 2. — S. 98—104.
Карвасарский Б. Д. Медицинская психология. — Л.: Медицина, 1982. — 272 с.
Карвасарский Б. Д. Психотерапия. — М.: Медицина, 1985. — 304 с.
Карвасарский Б. Д. (Karvasarskii B. D.) Group Psychotherapy and Criteria of its Efficacy//Current Psychiatric Therapies. — New York. — 1986. — Vol. 23. — P. 257—259.
Карвасарский Б. Д., Кульгавин Л. М., Федоров А. П. К вопросу об особенностях клинических проявлений неврозов и их психотерапии в аспекте межполушарной функциональной асимметрии//Психогенные заболевания. — Тарту: Тартуский государственный университет., 1987. — С. 34—46.
Карвасарский Б. Д. Psychotherapie in der Ausbidung und Praxis der Allgemeinmediziner und Fachärzte der UdSSR//Psychiat. Prax (Stuttgart, New York). — 1988. — H. 1. — S. 12—14.
Карвасарский Б. Д., Простомолотов В. Ф. Невротические расстройства внутренних органов. — Кишинев: Штиинца, 1988. — 166 с.
Карвасарский Б. Д. (Karvasarski B. D.) Psychotherapy//Soviet Neurology and Psychiatry. — New York, Winter 1988—1989. — P. 6—85.
Касимова Л. Н. Клиническая динамика и прогноз неврозов с затяжным

течением: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — Л., 1986. — 26 с.

Кемпински А. Психопатология неврозов/Пер. с польск. — Варшава: Польское медицинское издательство, 1975. — 400 с.

Кеннон В. Физиология эмоций/Пер. с анг. — Л.: Прибой, 1927. — 175 с.

Кербиков О. В. Избранные труды. — М.: Медицина, 1971. — 312 с.

Ковалев В. В. Психиатрия детского возраста. — М : Медицина, 1979. — 608 с.

Консторум С. И. Опыт практической психотерапии. Труды гос. института психиатрии. Т. 21/Под ред. Н. В. Иванова, Д. Е. Мелехова. — М., 1959. — 224 с.

Коркина М. В., Цивилько М. А., Марилов В. В. Нервная анорексия. — М.: Медицина, 1986. — 174 с.

Костандов Э. А. Восприятие и эмоции — М.: Медицина, 1977. — 248 с.

Костандов Э. А. Физиологический механизм «беспричинных отрицательных эмоций//Экспериментальные и клинические неврозы. 9-й симпозиум «Интермозга»: Тезисы докладов. — Берлин, 1988. — С. 4—5.

Костюнина З. Г. Некоторые данные к патоморфозу истерического невроза//Актуальные вопросы клинической диагностики, терапии и профилактики пограничных состояний: Тезисы докладов Всесоюзного симпозиума. — Томск, 1987. — С. 101—102.

Котяева Т. В., Леонтьева М. Я., Макарова Л. А. Лечение профессиональных дискинезий у больных неврозами//Журн. невропатол. и психиатр. — 1974. — № 4. — С. 590—594.

Кочетков В. Д., Даллакян И. Г., Михайлова А. А. и др. Рефлексотерапия астенических состояний при неврозах//Журн. невропатол. и психиатр. — 1988. — № 2. — С. 102—106.

Кочубей Б. И. Наследственность и неврозы//Журн. невропатол. и психиатр. — 1978. — № 11. — С. 1716—1723.

Кощеев А. Н. Особенности социально-трудовой адаптации больных неврозами (клинико-экспериментальное исследование). — Л., 1989. — 250 с.

Красик Е. Д., Артемьев И. А., Рахмазова Л. Д. О взаимосвязи ресурсов психиатрической помощи в реальной эпидемиологии неврозов и психопатий в Сибири и на Дальнем Востоке//Актуальные вопросы клинической диагностики, терапии и профилактики пограничных состояний: Тезисы докладов Всесоюзного симпозиума. — Томск, 1987. — С. 23—24.

Крейндлер А. Астенический невроз/Пер. с румынск. — Бухарест: Изд-во Акад. РНР, 1963. — 410 с.

Кришталь В. В. Психотерапевтическая коррекция супружеской пары при сексуальной дисгармонии//Исследования механизмов и эффективности психотерапии при нервно-психических заболеваниях. Сборник научных трудов Института им. В. М. Бехтерева. Т. 100/ Под ред. В. Е. Рожнова, Б. Д. Карвасарского. — Л., 1982. — С. 47—51.

Крыжановский А. В. Эволюция клинической картины неврозов//Республиканская конференция невропатологов и психиатров УССР: Материалы. — Харьков, 1974. — С. 43—47.

Крылова Г. С. Групповая психотерапия в комплексном лечении больных с функциональными заболеваниями желудка//Возрастные аспекты групповой психотерапии при нервно-психических заболева-

ниях. Сборник научных трудов Института им. В. М. Бехтерева. Т. 121/Под ред. Б. Д. Карвасарского, В. Е. Рожнова. — Л., 1988. — С. 109—112.

Кудрявцев И. А. О причинах патоморфоза реактивных психозов//Журн. невропатол. и психиатр. — 1985. — № 11. — С. 1666—1670.

Кульгавин Л. М. Некоторые варианты асимметрии функции мозга при неврозах и их влияние на эффективность групповой психотерапии// Возрастные аспекты групповой психотерапии при нервно-психических заболеваниях. Сборник научных трудов Института им. В. М. Бехтерева. — Т. 121 /Под ред. Б. Д. Карвасарского, В. Е. Рожнова. — Л., 1988. — С. 88—93.

Кутателадзе З. Ю. Особенности адаптивных механизмов при фобическом синдроме невротического генеза: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — Л., 1985. — 23 с.

Лакосина Н. Д. Клинические варианты невротического развитня. — М.: Медицина, 1970. — 222 с.

Лакосина Н. Д., Ушаков Г. К. Медицинская психология. — М.: Медицина, 1984. — 272 с.

Лакосина Н. Д. Панкова О. Ф., Беззубова Е. Б. Клинические особенности острых фобий с соматовегетативными расстройствами при неврозах и малопрогредиентной шизофрении//Журн. невропатол. и психиатр. — 1986. — № 11. — С. 1684—1689.

Лапин И. П. Психология отношений врача и семьи больного в процессе лекарственной терапии//Психология и медицина: Материалы к симпозиуму. — М., 1978. — С. 262—264.

Ласков Б. И., Лобзин В. С., Липгарт Н. К., Солодовников И. Д. Физиогенные и психогенные астении. — Курск, 1981. — 152 с.

Лаутербах В. О возможности эмпирической проверки комплексных теорий о конфликтах, неврозах и их терапии на примере теории отношений В. Н. Мясищева//Транскультуральные исследования в психотерапии/Сборник научных трудов Института им. В. М. Бехтерева. Т. 123/Под ред. М. М. Кабанова, Б. Д. Карвасарского, В. Д. Вида и др. — Л., 1989. — С. 43—54.

Лебединский М. С. Очерки психотерапии. — М.: Медицина, 1971. — 412 с.

Левина Т. М. Показатели госпитализации больных с пограничными нервно-психическими расстройствами//Актуальные вопросы клинической диагностики, терапии и профилактики пограничных состояний: Тезисы докладов Всесоюзного симпозиума. — Томск, 1987. — С. 26—28.

Ледер С. Этические аспекты психотерапии//Транскультуральные исследования в психотерапии. — Л.: Медицина, 1989. — 249 с.

Лежепекова Л. Н. Стационар для больных неврозами и погранннчными состояниями как одна из форм психоневрологической помощи// Вопросы психиатрии и невропатологии. Сборник научных трудов Ленинградского научного общества невропатологов и психиатров. Вып. 14/Под ред. Т. Я. Хвиливицкого. — Л., 1970. — С. 342—344.

Леонгард К. Акцентуированные личности/Пер. с нем. — Киев: Виша школа, 1981. — 392 с.

Лещенко А. Г. К проблеме «личность — мозг — болезнь»//Проблемы медицинской психологии: Материалы научной конференции. — Л.: Медицина, 1976. — С. 105—107.

Либих С. С. Коллективная психотерапия неврозов. — Л.: Медицина, 1974. — 207 с.

Липгарт Н. К. Навязчивые состояния при неврозах. — Киев: Здоров'я, 1978. — 78 с.

Липгарт Н. К., Радченко В. П. Типы течения затяжных форм неврастении и истерического невроза в зависимости от их почвы//Психогенные (реактивные) заболевания на нзмененной почве: Материалы научно-практической конференции. Вып. 3. — Воронеж, 1982. — С. 27—30.

Липгарт Н. К., Стукалова Л. А., Виш И. М. и др. Неврозы и сексуальные расстройства. — Воронеж: Изд-во Воронежского университета, 1985. — 160 с.

Личко А. Е. Психопатии и акцентуации характера у подростков. — Л.: Медицина, 1983. — 256 с.

Личко А. Е. Подростковая психиатрия. — Л.: Медицина, 1985. — 416 с.

Лобзин В. С., Решетников М. М. Аутогенная тренировка. — Л.: Медицина, 1986. — 280 с.

Ломов Б. Ф. Методологические и теоретические проблемы психологии. — М.: Наука, 1984. — 444 с.

Лурия Р. А. Внутренняя картина болезней и ятрогенные заболевания. — М.: Медицина, 1977. — 112 с.

Малкова Л. Д. Изучение невротических астений в аспекте эмоционального стресса//Эмоциональный стресс и пограничные нервно-психические расстройства. Сборник научных трудов Института им. В. М. Бехтерева. Т. 82/Под ред. Г. К. Ушакова и Б. Д. Карвасарского. — Л., 1977. — С. 72—76

Матвеев В. Ф., Гройсман А. Л. Профилактика вредных привычек у школьников. — М.: Просвещение, 1987. — 96 с.

Мгалоблишвили Б. И., Чиркова С. К. Нейрогормональные аспекты клиники и лечения неврозов//Проблемы невропатологии, психиатрии и наркологии (клиника, диагностика и лечение основных нервных и психических заболеваний): Республиканский съезд невропатологов, психиатров и наркологов Грузии, 3-й: Материалы. — Тбилиси, 1987. — С. 506—511.

Мелик-Парсаданов М. Ю. Роль невротических механизмов в становлении ремиссии у больных алгоколизмом//Аффективные нарушения при алкоголизме. Сборник научных трудов Института им. В. М. Бехтерева. Т. 105/Под ред. И. В. Бокий. — Л., 1983. — С. 53—56.

Мельников А. К. Эффективность групповой психотерапии при неврозах по данным катамнеза//Возрастные аспекты групповой психотерапии при нервно-психических заболеваниях. Сборник научных трудов Института им. В. М. Бехтерева Т. 121/Под ред Б. Д. Карвасарского, В. Е. Рожнова. — Л., 1988. — С. 97—102.

Мехилане Л. С. Общемедицинские проблемы неврозов//Психогенные заболевания. Под ред. Л. С. Мехилане. — Тарту: Тартуский государственный университет. 1987. — С. 82—94.

Миллер А. М. О реабилитационном аспекте библиотерапии неврозов//Вопросы психотерапии. Всесоюзная научная конференция: Тезисы. — М., 1977. — С. 128—132.

Миссуловин Л. Я. Лечение заикания. — Л.: Медицина, 1988. — 184 с.

Мишина Т. М. Исследование семьи в клинике и коррекция семейных отношений//М. М. Кабанов, А. Е. Личко, В. М. Смирнов. Методы психологической диагностики и коррекции в клинике. — Л.: Медицина, 1983. — С. 255—281.

Монахов К. К. Концепция многоуровневой системы в клинико-нейрофизиологических исследованиях//Методы моделирования и разработки нормативов постнатального соматопсихического развития.

Труды Института гигиены детей и подростков и 2 МОЛГМИ/Под ред. Г. К. Ушакова. — М., 1976. — С. 96—105.
Морозов Г. В. Роль социальных и биологических факторов в генезе психических расстройств//Этико-психологические проблемы медицины. Под ред. Г. И. Царегородцева. — М.: Медицина, 1978. — С. 80—83.
Мурзенко В. А. Групповая психотерапия при неврозах//Групповая психотерапия при неврозах и психозах. Сборник научных трудов Института им. В. М. Бехтерева. Т. 76/Под ред. Б. Д. Карвасарского и В. А. Мурзенко. — Л., 1975. — С. 77—83.
Мушер Я. М. Становление, развитие и перспективы психотерапевтической службы в советской курортологии//Вопросы психотерапии: Всесоюзная научная конференция: Тезисы докладов. — М., 1977. — С. 269—271.
Мягер В. К. Диэнцефальные нарушения и неврозы. — Л.: Медицина, 1976. — 166 с.
Мясищев В. Н. Личность и неврозы. — Л.: Из-во ЛГУ, 1960. — 425 с.
Наджаров Р. А., Смулевич А. Б. Клинические проявления шизофрении. Формы течения//Руководство по психиатрии. Под ред. А. В. Снежневского — М.: Медицина, 1983. — Т. 1. — С. 304—355.
Нарушение сексуального здоровья при неврозах и психопатиях/Под ред. В. В. Кришталя. — Сочи, 1988. — 119 с.
Неврозы. Экспериментальные и клинические исследования/Под ред. В. Б. Захаржевского, Н. Ф. Суворова. — Л.: Наука, 1989. — 223 с.
Некрасова Е. С. Рефлексотерапия в системе лечения больных неврозами с ипохондрическим синдромом: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — Л., 1982. — 26 с.
Немчин Т. А. Состояния нервно-психического напряжения. — Л.: Из-во ЛГУ, 1983, — 167 с.
Носков Г. Г. Клинико-психологические особенности механизмов формирования невротической тревоги при основных формах неврозов: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — Л., 1987.
Нуллер Ю. Л. Депрессия и деперсонализация. — Л.: Медицина, 1981. — 207 с.
Озерецковский Д. С. Навязчивые состояния. — М.: Медгиз, 1950.
Павловские клинические среды. — М. — Л.: Изд-во АН СССР, 1954—1957. — Т. 1—3.
Панков Д. В. Рациональная и разъяснительная психотерапия//Руководство по психотерапии /Под ред. В. Е. Рожнова. — Ташкент: Медицина, 1985. — С. 188—213.
Панько Т. В. Эффективность наркопсихотерапии с помощью газовой смеси закиси азота и кислорода при неврозах: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — Л., 1987.
Парменов-Трифилов Б. И., Шаповалов С. Л., Лысенко А. С. О состоянии медиаторного обмена у больных неврастенией//Воен.-мед. журн. — 1972. — № 6. — С. 76—82.
Петленко В. П., Струков А. И., Хмельницкий О. К. Детерминизм и теория причинности в патологии. — М.: Медицина, 1978. — 260 с.
Петраков Б. Д., Серебрякова Т. В., Щукин Б. П. и др. Клинико-эпидемиологический анализ пограничных состояний у работников промышленных предприятий//Актуальные вопросы клинической диагностики, терапии и профилактики пограничных состояний: Тезисы докладов Всесоюзного симпозиума. — Томск, 1987. — С. 30—32.
Петровский А. В., Туревский М. А. К вопросу о социально-психологических основах групповой психотерапии//Клинико-психологиче-

ские исследования групповой психотерапии. Сборник научных трудов Института им. В. М. Бехтерева. Т. 90/Под ред. Б. Д. Карвасарского. — Л., 1979. — С. 9—17.

Пиль Б. Н. Диагностика хронических воспалительных заболеваний оболочек головного мозга. — Л.: Медицина, 1977. — 168 с.

Платонов К. И. Слово как физиологический и лечебный фактор. — М.: Медгиз, 1962. — 532 с.

Подкорытов В. С. Клинико-психопатологические особенности больных с затяжным течением неврастении и истерического невроза: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — Л., 1981. — 31 с.

Полищук Ю. И. О сочетании малопрогредиентной шизофрении и неврозов//Съезд невропатологов и психиатров Белоруссии, 3-й: Материалы. — Минск, 1986. — С. 410—411.

Попов Ю. В. Этапы и систематика психопатий и психопатоподобных расстройств непсихотического характера у подростков (многолетнее исследование)//Журн. невропатол. и психиатр. — 1986. — № 10. — С. 1506—1511.

Потапов А. И., Красик Е. Д., Рицнер М. С. и др. Многомерный анализ связи ресурсов психиатрической службы с выявлением и распространенностью психически больных в регионах Сибири и Дальнего Востока//Журн. невропатол и психиатр. — 1987. — № 3. — С. 437—441.

Простомолотов В. Ф. Нарушения дыхания при неврозах (особенности клинических проявлений, патогенеза и лечения): Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — Л., 1985. — 26 с.

Психические расстройства (раздел 5) «Международной статистической классификации болезней, травм и причин смерти 9-го пересмотра», адаптированной для использования в СССР. — М., 1984.

Речицкий И. З., Шогам И. И. Клинико-патофизиологическая характеристика нарушений общей чувствительности у больных неврастенией и истерическим неврозом//Журн. невропатол. и психиатр. — М., 1981. — № 12. — С. 1842—1847.

Рожнов В. Е. Эмоционально-стрессовая психотерапия//Руководство по психотерапии /Под ред. В. Е. Рожнова. — Ташкент: Медицина, 1985. — С. 29—45

Рожнов В. Е. Гипнотерапия//Руководство по психотерапии /Под ред. В. Е. Рожнова. — Ташкент: Медицина, 1985. — С. 156—188.

Ротенберг В. С., Цетлин М. Г. Клинико-физиологический анализ нарушений сна у больных с пограничными состояниями//Журн. невропатол. и психиатр. — 1983. — № 8. — С. 1212—1218.

Сабинина-Каробочкина Т. Т , Кайдановская Е. В., Мелик-Парсаданов М. Ю. Хайкин Р. Б. К вопросу об арттерапии в системе трудотерапевтических мероприятий при неврозах//Организация и практика трудовой терапии в психиатрии и неврологии. Сборник научных трудов Института им. В. М. Бехтерева. Т. 102/Под ред. Б. Б. Малахова, Т. Я. Хвиливицкого, Р. Я. Зачепицкого. — Л., 1982. — С. 136—142.

Савенко Ю. С., Бояршинова Т. Н., Гольдштейн Л. С. Об объеме понятия «невротическая депрессия»//Всероссийский съезд невропатологов и психиатров, 3-й: Тезисы. — М., 1974. — Т. 2. — С. 351—352.

Свядощ А. М. Неврозы. — М.: Медицина, 1982. — 366 с.

Семке В. Я. К проблеме систематики пограничных состояний//Журн. невропатол и психиатр. — 1987. — № 11. — С. 1673—1679.

Семке В. Я. Организационные и клинические проблемы пограничной психиатрии//Актуальные вопросы клинической диагностики, тера-

пии и профилактики пограничных состояний: Тезисы докладов Всесоюзного симпозиума. — Томск, 1987. — С. 47—51.
Семке В. Я. Истерические состояния. — М.: Медицина, 1988. — 224 с.
Сеченов И. М. Рефлексы головного мозга. — М.: Изд-во АН СССР, 1961. — 100 с.
Симонов П. В. Эмоциональный мозг. — М.: Наука, 1981. — 215 с.
Симоноов П. В. Лимбические структуры мозга и патогенез неврозов//Журн. невропатол. и психиатр. — 1984. — № 11. — С. 1665—1670.
Слуцкий А. С., Цапкин В. Н. Групповая эмоционально-стрессовая психотерапия//Руководство по психотерапии/Под ред. В. Е. Рожнова. — Ташкент: Медицина, 1985. — С. 213—256.
Случевский Ф. И., Рябова Ф. Б., Щербатов Б. А. Основные невротические синдромы в дифференциально-диагностическом аспекте (к теории структурирования психопатологических синдромов)//Всероссийский съезд невропатологов и психиатров, 5-й: Тезисы. — М., 1985. — Т. 1. — С. 269—271.
Смирнов В. К. Пограничные состояния и малая психиатрия. Актуальность понятий//Актуальные проблемы психогигиены и психопрофилактики: Всесоюзная научная конференция: Тезисы докладов. — Л., 1988. — С. 5—6.
Смулевич А. Б. Малопрогредиентная шизофрения и пограничные состояния. — М.: Медицина, 1987. — 240 с.
Снежневский А. В. О нозологии психических расстройств//Журн. невропатол. и психиатр. — 1975. — № 1. — С. 138—143.
Снежневский А. В. Клиническая психопатология//Руководство по психиатрии. Под ред. А. В. Снежневского. — М.: Медицина, 1983. — Т. 1 — С. 16—97.
Соколова Т. Н. Контрастные навязчивые явления в клинике невроза навязчивых состояний и некоторых других психических заболеваний//Журн. невропатол и психиатр. — 1974. — № 4. — С. 549—555.
Соложенкин В., Носков Г. Г. Экспериментально-психологическое исследование прогнозирования у больных неврозами//Журн. невропатол. и психиатр. — 1985. — № 12. — С. 1833—1837.
Столова Е. А., Малкова Л. Д., Костерева В. Я. К клинике и психотерапии невротических расстройств мочеиспускания//Актуальные вопросы изучения механизмов гомеостаза: Тезисы республиканской научной конференции. — Каунас, 1983. — С. 234—235.
Страумит А. Я. Патогенез и диагностика неврозов с функциональными нарушениями сердечной деятельности: Методическое письмо. — Л., 1969.
Струков А. С., Кактурский Л. В. Диалектика взаимоотношений структуры и функции в биологии и медицине//Арх. патол. — 1977. — № 4. — С. 3—11.
Сэв Л. Марксизм и теория личности/Пер. с франц. — М.: Прогресс, 1972. — 583 с.
Табачников С. И. Опыт организации медико-психологической службы на промышленных предприятиях//Здравоохранение РСФСР. — 1984. — № 4. — С. 28—31.
Ташлыков В. А. Психология лечебного процесса. — Л.: Медицина, 1984. — 192 с.
Ташлыков В. А. Внутренняя картина болезни при неврозах и ее значение для терапии и прогноза: Автореф. дис. ... докт. мед. наук. — Л., 1986. — 26 с.

Телешевская М. Э., Погибко Н. И. Вопросы врачебной деонтологии. — Л.: Медицина, 1978. — 160 с.
Телешевская М. Э. Наркопсихотерапия//Руководство по психотерапии/Под ред. В. Е. Рожнова. — Ташкент: Медицина, 1985. — С. 319—333.
Тищенко Б. Ф. Клинико-экспериментальное исследование форм неврогенной рвоты//Журн. невропатол. и психиатр. — 1971. — № 9. — С. 1380—1385.
Тополянский В. Д., Струковская М. В. Психосоматические расстройства. — М.: Медицина, 1986. — 384 с.
Транскультуральные исследования в психотерапии. Под редакцией М. М. Кабанова, Б. Д. Карвасарского и др. — Л.: Медицина, 1989. — 456 с.
Трегубов И. Б. Семейная психотерапия сексуальной дисгармонии у больных неврозами: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — Л , 1987. — 23 с.
Тупицын Ю. Я. Особенности клиники и патогенеза психогенных нарушений сна//Журн. невропатол. и психиатр. — 1971. — № 8. — С. 1220—1224.
Тупицын Ю. Я. Лечение психогенных нарушений сна//Журн. невропатол. и психиатр. — 1973. — № 5. — С. 742—746.
Тупицын Ю. Я., Щеглов Л. М. Формы и методы организации работы психотерапевтического кабинета в общесоматической поликлинике Методические рекомендации. — Л., 1984. — 22 с.
Ульянова Л. А. Применение сульфидных ванн и ультразвуковой ингаляции седативных средств при курортном лечении больных кардиоваскулярным неврозом//Научно-практическая межкурортная конференция, посвященная 60-летию Ленинского декрета о курортах СССР: Тезисы. — Сочи, 1980. — С. 96—98.
Ульянова Л. А. Затяжные неврозы и их лечение на курортах с сульфидными, йодобромными и углекисло-мышьяковистыми водами: Автореф. дис. ... докт. мед. наук. — Л., 1981. — 37 с.
Урюпина М. Д. Истерические невротические реакции и развития с синдромом одержимости//Всероссийский съезд невропатологов и психиатров, 3-й: Тезисы докладов. — М., 1974. — Т. 2. — С. 378—379.
Ушаков Г. К. Пограничные нервно-психические расстройства. — М., 1987. — 304 с.
Федоров А. П. Эффективность лечения больных неврозами и возможность прогнозирования ее в катамнезе//Журн. невропатол. и психиатр. — 1982. — № 11. — С. 69—73.
Федоров А. П. Методы поведенческой психотерапии. — Л.: ГИДУВ, 1987. — 25 с.
Фелинская Н. И. Клиническая дифференциация пограничных состояний//Журн. невропатол. и психиатр. — 1976. — № 6. — С. 875—879.
Филатов А. Т. Аутогенная тренировка. — Киев: Здоров'я, 1979. — 148 с.
Филатов А. Т., Кочарян А. С., Кочарян Г. С. Психологическая защита: Методические рекомендации. — Харьков, 1986.
Филатов А. Т., Мартыненко А. А., Мартыненко В. К. и др. Малая психотерапия на курорте. — Киев: Здоров'я, 1983. — 56 с.
Хананашвили М. М. Информационные неврозы. — Л.: Медицина, 1978. — 144 с.
Хананашвили М. М. Патология высшей нервной деятельности (поведение). — М.: Медицина, 1983. — 288 с.

Ходос Х. Г. Неврозы мирного и военного времени. — Иркутск, 1947. — 146 с.

Хохлов Л. К. Спорные вопросы в понимании патоморфоза психических заболеваний//Актуальные вопросы патоморфоза психических заболеваний. Сборник научных трудов Свердловского мед. института/Под ред. Б. А. Трифонова. — Свердловск, 1986. — С. 14—20.

Христозов Хр Съвременен клиничен облик на неврозите//Неврози — София, 1974. — С. 88—91.

Цуладзе С. В. Чувственные отношения и невроз//Проблемы медицинской психологии/Под ред. М. М. Кабанова. — Л.: Медицина, 1976. — С. 306—308.

Черток Л. Гипноз/Пер. с франц. — М : Медицина, 1972. — 160 с.

Читава О. Р., Чиладзе Ц. А., Джанджгава Р. К., Габричидзе М. М. Клинико-катамнестическое изучение некоторых форм неврозов// Психогенные (реактивные) заболевания: Материалы научно-практической конференции, Вып. 1. М., 1979. — С. 131—132.

Чугунов В. С., Васильев В. Н. Неврозы, неврозоподобные состояния и симпатико-адреналовая система. — М.: Медицина, 1984. — 192 с.

Чуприков А. П., Казакова С. Е. Клинические особенности неврозов у леворуких детей//Журнал невропатологии и психиатрии. — 1985. — № 10. — С. 1516—1521.

Чуркин А. А. Вопросы организации лечения больных с пограничной психопатологией//Психогенные заболевания/Под ред. Л. С. Мехилане. — Тарту: Тартуский государственный университет, 1987. — С. 133—137.

Чхиквишвили Ц. Ш., Сомунджян А. А. Психофизиологические и психологические аспекты информационных неврозов//Экспериментальные и клинические неврозы, 9-й симпозиум «Интермозга»: Тезисы докладов — Берлин, 1984. — С. 59—60.

Чхиквишвили Ц. Ш., Сомунджян А. А., Шубладзе Н. В., Сихарулидзе Г. Ш. Вопросы патогенеза, психофизиологии, семиотики и лечения информационной патологии высшей нервной деятельности// Проблемы невропатологии, психиатрии и наркологии (клиника, диагностика и лечение основных нервных и психических заболеваний). Республиканский съезд невропатологов, психиатров и наркологов Грузии, 3-й: Материалы. — Тбилиси, 1987. — С. 531—534.

Шкловский В. М. Заикание: некоторые проблемы теории и клиники// Патология речи органического и функционального генеза/Под ред. В. В. Ковалева. — М.: Сборник научных трудов Московского НИИ психиатрии МЗ РСФСР, 1985, — С. 12—21.

Шкловский В. М., Кроль Л. М., Михайлова Е. Л. Методы групповой психотерапевтической работы с больными, страдающими заиканием: Методические рекомендации. — М., 1985.

Щеглов Л. М. Диагностика и лечение неврозов и неврозоподобных состояний в условиях психотерапевтического кабинета городской поликлиники: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — Л., 1986.

Эйдемиллер Э. Г., Юстицкий В. В. Семейная психотерапия. — Л.: Медицина, 1989.

Эльштейн Н. В. Диалог о медицине. — Таллинн: Валгус, 1986. — 256 с.

Эпштейн А. Л. Сон и его расстройства. — М. — Л.: Госиздат, 1928. — 408 с.

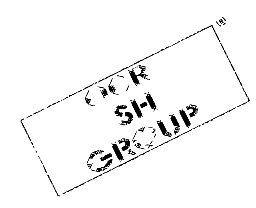
Яковлева Е. К. Патогенез и терапия невроза навязчивых состояний и психастении. — Л.: МЗ РСФСР, 1958. — 148 с.

Якубик А. Истерия/Пер. с польск. — М.: Медицина, 1982. — 342 с.
Яцков Л. П. Клиника, типология и лечение церебрально-органических заболеваний инфекционного и травматического генеза: Автореф. дис. ... докт. мед наук. — М., 1985. — 34 с.

Akhtar S., Wig N. N., Varma V. K., Pershad D. et. al. A phenomenological analysis of symptoms in obsessive-compulsive neurosis//Brit. J. Psychiat. — 1975. — Vol. 27. — P. 342—348.
Alessko Z. Choreoterapia jako jedna z form aktiwnosci ruchowej w terapii kompleksowej nerwic//Psychoteparia. — Krakow, 1975. — N 12. — P. 22—29.
Aleksandrowicz J. W., Kolbik I., Romanik O., Swiatek L. Research on Results in Psychotherapy//Psychoterapia. — Krakow, 1982. — Vol. 40. — P. 17—28.
Aleksandrowicz J. W. Psychopatologia nerwic. — Krakow, 1983.
Alexiev A. S. Psychoterapia w ogólnej praktyce lekarskiej//Psychoterapia. — Krakow, 1976. — Vol. 18. — P. 11—12.
Beard G. M. Neurasthenia, or nervous exhaustion//Boston med. Surg. J. — 1869. — Vol. 3. — P. 217—220.
Bohm E. Lehrbuch der Rorschach — Psychodiagnostik. — Bern — Stuttgart — Toronto, 1985.
Breulet M. Les syndromes depressifs. Comment distinguer la depression nevrotique de la depression psychotique?//Rev. med. (Liege). — 1972. — Vol. 27. — P. 300—303.
Brunner E. J. Grundfragen der Familientherapie. — Berlin, 1986.
Chatel J. C., Peele R. A centennial review of neurasthenia//Amer. J. Psychiat. — 1970. — Vol. 126. — P. 1404—1413.
Cinciripini P. M., Kornblith S. J., Turner S. M. et al. A behavioral program for the management of anorexia and bulimia//J.nerv. ment. Dis. — 1983. — Vol. 171, N 3. — P. 186—189.
Coufal J., Topiář A. K otázce změny symptomatologie neuróz// Ceskoslovenská psychiatrie. — 1975. — Vol. 71. — P. 288—290.
Ernst K., Kind H., Rotach-Fuchs M. Ergebnisse der Verlaufs-forschung bei Neurosen. — Berlin, 1968.
Eysenck H. J. Behaviour therapy and the neuroses. — London, 1960.
Fortuna D. Srór o adekwatność diagnozy nozologicznej w nerwicy// Psychoterapia (Kraków)//. — 1977. — N 21. — P. 11—25.
Frankl V. E. Theorie und Therapie der Neurosen. — München, 1975.
Frankl V. E. Der Wille zum Sinn. — Bern — Stüttgart — Toronto, 1987.
Freud S. The major works of Sigmund Freud. — Chicago — London — Toronto, 1952.
Galinska E. Psychoterapeutyczne zalozenia muzykoterapii i ich realizacja//Psychoterapia (Krakow). — 1977. — N 22. — P. 21—29.
Geyer M., Ehmann G., Lossow J. Zur psychotherapeutischen Aus-Weiter-und Fortbildung der Ärzte in der DDR//Z. ärztl. Fortbild. — 1985. — Bd 79. — S. 1011—1014.
Glatzel J. Larvierte Depressionen//Psychiat. Clin. (Basel). 1973. — Bd 61. — S. 53—64.
Hartmann F. Patient, Arzt und Medizin. — Göttingen, 1984.
Helm J., Thom A. Zur gesellschaftlichen Relevanz persönlichkeitsbezogener Zielstellungen in der Psychotherapie//Neurosenpsychologie. — Berlin, 1976. — S. 9—26.

Helm J. Gesprächspsychotherapie. — Berlin, 1978.
Höck K., König W. Neurosenlehre und Psychotherapie. — Jena, 1979.
Horney K. Our inner conflicts. A constructive theory of neurosis. — New York, 1966.
Karvasarski B. D. Psychotherapy. Soviet Neurology and psichiatry. New York, Winter 1988—1989/Vol. XXI, No 4, p. 85.
Karvararski B. D. Personality oriented psychotherapy. American psychiatric association 142 nd Annual Meeting May 6—11, 1989, San Francisco, California, p. 280.
Katzenstein A. Zum Stand der Hypnotherapie//Suggestion und Hypnose in der psychothepareutischen Praxis. — Jena, 1978. — S. 43—57.
Kendell R. E. The influence of the 1968 glossary on the diagnoses of english psychiatrists//Brit. J. Psychiat. — 1973. — Vol. 123. — P. 527—530.
Klumbies G. Psychotherapie in der Inneren und Allgemeinmedizin. Leipzig, 1983.
Kondaš O. Discentna psychoterapia. — Bratislava, 1973.
Kratochvil S. Skupinová psychoterapie neuróz. — Praha, 1978, 1983.
Kretschmer E. Medizinische Psychologie. — Stuttgart, 1971.
Kretschmer E., Kretschmer W. Hysterie. — Stuttgart, 1974.
Lambert M. J., Shapiro D., Bergin A. E. The effectiveness of Psychotherapy//Handbook of Psychotherapy and Behavior Change. — New York, 1986.
Lauterbach W. Psychotherapie in der Sowjetunion. München — Wien — Baltimore, 1978.
Leder S. Wybrane zagadnienia teorii nervic//Biuletyn instytutu psychoneurologicznego. — Warszawa, 1972. — Vol. 3, N 3 (8). — P. 1—16.
Leder S., Wysokinska-Gasior T. Psychoterapie grupowa//Terapia grupowa w psychiatrii. — Warszawa, 1980.
Levi L. Stress and Distress in response to psychosocial stimuli — Stockholm, 1972.
Luban-Plozza B., Dickhaut H. H. Praxis der Balint — Gruppen. — Heidelberg, 1984.
Marks I. E. Cure and Care of Neurosis. — New York, 1981.
Marmor J. The future of psychoanalytic therapy//Am. J. Psychiat. — 1973. — Vol. 130. — P. 1197—1202.
Matoušek O. Kontexty neuróz. — Praha, 1986.
Miner G. D. The evidence for genetic components in the neuroses// Arch. Gener. Psych. — 1973. — Vol. 29, N 1. — P. 111—118.
Moreno J. L. Psychotherapie de groupe. — Paris, 1965.
Ploeger A. Therapeutische Gemeinschaft in der Psychotherapie und Sozialpsychiatrie (Theorie und Praxis). — Stuttgart, 1972.
Psychoterapia grupowa. — Warszawa, 1983.
Redlin W. Verhaltestherapie. — Bern — Stuttgart — Toronto, 1987.
Richter H. E. Patient Familie. — Hamburg, 1972.
Richter H. E., Beckman D. Herznaurose. — Stuttgart, 1986.
Rogers C. R. Client-centered therapy. — Boston, 1951.
Rorschach H. Psychodiagnostik. — Bern — Stuttgart — Toronto, 1983.
Schultz I. H. Das autogene Training. — Stuttgart, 1987.
Schwabe Ch. Musiktherapie bei Neurosen und funkionellen Störungen. — Jena, 1972.
Selye H. Stress without distress. — New York: Hodder, 1974. — 171 p.
Shields J. Heredity and psychological abhormality//Handbook of abnormal psychology. — London, 1973. — P. 23—31.
Sims A. Factors predictive of outcome in neurosis//Brit. J. Psychiat. — 1975. — Vol. 127. — P. 54—62.

Slater E., Cowie V. The Genetics of Mental Disorder. — London, 1971.
Strotzka H. Neurose, Charakter, Soziale Umwelt. — München, 1973.
Sullivan H. S. The interpersopal theory of psychiatry. — New York, 1953.
Sund A. Prognostic factors in the neurotic illness//Acta psychiat. scand. — 1974. — Vol. 50. — P. 90—103.
Wolpe J. The practice of behavior therapy. — New York, 1973.
Wolpe J. Behavior therapy for psychosomatic disorders//Psychosomatics. — 1980. — Vol. 21, N 5. — P. 379—385.
Yalom I. D. Theory and Practice of Group Psychotherapy. — New York, 1975.



ПРЕДМЕТНЫЙ УКАЗАТЕЛЬ

Практическое руководство

БОРИС ДМИТРИЕВИЧ КАРВАСАРСКИЙ

Неврозы

Зав. редакцией *Э. М. Попова*
Редактор *Ю. Б. Тарнавский*
Редактор издательства *Л. В. Левушкина*
Младший редактор *А. И. Туманова*
Художественный редактор *В. И. Романенко*
Оформление художника *А. Л. Чурикова*
Технический редактор *В. И. Табенская*
Корректор *Н. П. Проходцева*

ИБ 4758

Сдано в набор 09.10.89. Подписаио к печати 18.01.90. Формат бумаги 84×108[1]/32. Бумага офс. № 1 Гарнитура литературная. Печать офсетная. Усл. печ. л. 30,24. Усл. кр.-отт. 30,24. Уч.-изд. л. 34,39. Тираж 60 000 экз. Заказ № 582. Цена 2 р. 30 к.

Ордена Трудового Красного Знамени издательство «Медицина» 101000 Москва, Петроверигский пер., 6/8

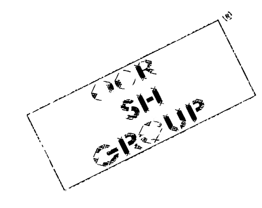
Ярославский полиграфкомбинат Госкомпечати СССР. 150014, Ярославль, ул. Свободы, 97.

К сведению читателей!

Из плана выпуска литературы издательства «Медицина» на 1990 г.

Групповая психотерапия/Под ред. Б. Д. КАРВАСАРСКОГО, С. ЛЕДЕРА (Совместное издание СССР — ПНР). — М.: Медицина, 1990, 50 000 экз.

В монографии представлены основные формы групповой психотерапии, клинические результаты и вероятные последствия. Описаны формы и методы терапевтических воздействий групповой психотерапии при лечении отдельного больного. Дан критический анализ современных направлений групповой психотерапии в различных странах мира. Рассмотрены вопросы подготовки психотерапевтов.



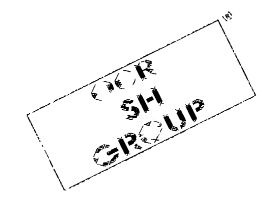
К сведению читателей!

Из плана выпуска литературы издательства «Медицина» на 1990 г.

ЗЕНКОВ Л. Р., РОНКИН М. А. **Функциональная диагностика нервных болезней:** Руководство для врачей. — 2-е изд., перераб. и доп. — М.: Медицина, 1990, 30 000 экз.

Во второе издание книги (первое вышло в 1962 г.) включены разделы, посвященные доплерографии сосудов головы, пульсовой эхо-ЭГ, анализы ЭЭГ, РЭГ, ЭМГ с помощью микро-ЭВМ и др. Представлены основные диагностические методы клинической неврологии, позволяющие определять очаговые поражения периферической и центральной нервной системы, объемные и сосудистые поражения ЦНС, эпилепсию и др.

Для невропатологов, нейрофизиологов, психиатров.



Вниманию врачей!

ИНКАЗАН
(Incazanum)

Синонимы: метралиндол Metralindolum.

3-Метил-8-метокси — 3Н, 1, 2, 5, 6 — тетрагидропиразино- [1, 2, 3-a, в-β-карболина гидрохлорид.

Показания к применению. Депрессии разного генеза с преобладанием гипо- и анергических расстройств, особенно вялоапатические адинамические депрессии с заторможенностью, а также неглубокие депрессии с неврозоподобной симптоматикой.

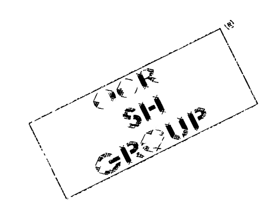
Фармакологические свойства. Инказан — антидепрессант с преимущественно стимулирующим характером действия. В отличие от препаратов группы имипрамина не обладает холинолитическими свойствами.

Способ применения и дозы. Внутрь независимо от приема пищи. Начальная доза составляет 0,025—0,05 г 1—2 раза в день (утром и днем). Затем дозу повышают на 0,025—0,05 г/сут каждые 2—3 дня до достижения терапевтического эффекта. Оптимальными дозами обычно являются 0,1—0,15 г в день. При необходимости суточную дозу увеличивают до 0,25 г в день. Продолжительность лечения составляет от 1—2 нед до 4 мес и более.

Противопоказания. Ажитированные депрессии; нельзя применять одновременно с ингибиторами МАО, а также в течение 2 нед после их отмены.

Форма выпуска. Таблетки по 0,025 г по 150 и 250 шт. в стеклянных банках.

Условия хранения. Список Б. В защищенном от света месте.



РУКОВОДСТВО



Б.Д. Карвасарский

НЕВРОЗЫ

«МЕДИЦИНА»